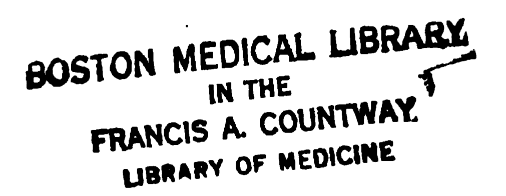


Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.
1878.

Originalmittheilungen.

Namenregister.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Sachregister.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. **Sonnabend, den 5. Januar.** **1878.**

Hydrocele bilocularis abdominalis bei Kindern.

Von

Prof. Dr. **Kocher** in Bern.

Während die Fälle von Hydrocele communicans im Kindesalter so häufig sind, dass man sie früher schlechtweg als Hydrocele congenita bezeichnet hat, sind diejenigen von Hydrocele bilocularis noch fast gar nicht in den ersten Kindheitsjahren [1]) nachgewiesen worden. Da nun die zwei letzten Fälle von Hydrocele communicans, welche wir zu beobachten Gelegenheit hatten, sich als H. bilocularis abdominalis bei genauerer Untersuchung entpuppten, so halten wir es für geboten, die Aufmerksamkeit der Collegen darauf zu lenken, in Fällen dieser Art die Untersuchung in der Chloroformnarkose nicht zu

[1]) Schede und Trendelenburg haben in jüngster Zeit interessante Fälle dieser Affection beim Erwachsenen mitgetheilt.

verabsäumen. Was uns bei beiden Fällen zunächst den Anstoss gab, letztere Methode in Anwendung zu ziehen, war der Umstand, dass nach der Entleerung des Inhaltes der Hydrocele in's Abdomen so rasch die Wiederansammlung der Flüssigkeit im Scrotum (resp. Tunica vaginalis) erfolgte. Wenn die Flüssigkeit bei der Reposition durch den offen gebliebenen Processus vaginalis peritonei in die offene Bauchhöhle gelangt, so ist nicht recht abzusehen, dass dieselbe lange, wenn überhaupt in der Nähe des hinteren Leistenrings in grösserer Quantität angesammelt bleibe, sondern sie wird sich zwischen den Därmen vertheilen, resp. der Schwere nach in's kleine Becken und in Rückenlage nach den Lendengegenden abfliessen. Tritt die Flüssigkeit aber spontan oder beim Schreien des Kindes oder bei Druck auf's Abdomen wieder in grösserer Quantität aus, so muss sie in der Nähe des hinteren Leistenrings einen geschlossenen Raum zur Ansammlung gefunden haben. Diese Ueberlegung hat sich bestätigt. Der erste Fall wurde am 10. Febr. 1874, der zweite am 27. Nov. 1877 dem medicinischen Bezirksverein Bern's vorgestellt.

Die erste Beobachtung betrifft einen 13jährigen Knaben. Derselbe hat seit 2 Jahren öfter Schmerzen in der linken Leiste und eine Geschwulst, welche nicht immer gleiches Volumen zeigte. Dieselbe ist wallnussgross und bietet ausser den bekannten Erscheinungen der Hydrocele folgende Eigenthümlichkeiten. Sie ist leicht und vollständig entleerbar und reproducirt sich auch in der Rückenlage sofort (beiläufig wohl zum Beweis eines positiven intraabdominalen Druckes). Husten giebt einen deutlichen Anprall, ebenso jeder Druck auf die Bauchdecken an beliebiger Stelle. Bei Verschluss des vorderen Leistenringes mit dem Finger tritt sie nicht wieder zu Tage. Die Geschwulst wird irreponibel, wenn man oberhalb des Poupart'schen Bandes links kräftig gegen das Abdomen eindrückt und durch abwechselnden Druck hier und auf das Scrotum lässt sich die Flüssigkeit beliebig aus dem Abdomen heraus- und in dasselbe hereindrücken.

In tiefer Narkose fühlt man bei bimanueller Palpation (ein Finger im Rectum) einen cylindrischen, genau zu umschreibenden Sack bis zur linken Synchondrosis sacro-iliaca emporlaufend. Bei Entleerung des Scrotum füllt sich der Sack und ist dann besonders leicht in seiner Form zu bestimmen. Derselbe läuft dem oberen Rande des kleinen Beckens entlang aufwärts und erstreckt sich in der Breite der Hüftgrube bis auf drei Querfinger an die Spina ilei heran. Vom Hoden ist weder aussen, noch im Abdomen etwas zu entdecken.

Die Punction am 13. Febr. 1874 entleerte 60,0 g klarer, gelblicher Flüssigkeit. Injection von reiner Jodtinctur, welche darin gelassen wird. Am nächsten Tage giebt Patient an, 2 Stunden lang Schmerzen bis in den Bauch gehabt zu haben. Die Hydrocele scroti zeigt wieder leichten Erguss mit grosser Druckempfindlichkeit. Letztere ist dagegen im Abdomen gering und daselbst nichts von Geschwulst wahrzunehmen. Entzündliches Oedema scroti. Am 2. März findet man in der linken Scrotalhälfte noch ein rundliches, pralles Ge-

schwülstchen, unempfindlich auf Druck, und von demselben ausgehend lässt sich ein derber rundlicher Strang in Kleinfingerdicke bis über den Rand des kleinen Beckens hin aufwärts verfolgen, und zwar ohne scharfe Grenze nach oben. —

2) Der zweite Fall ist dem ersten hinsichtlich des objectiven Befundes sehr analog. Bei dem einjährigen Kinde war hier aber die Geschwulst von Geburt an beobachtet worden und beiderseitig. Das Scrotum zeigte einen grössten Querumfang von 10 cm und der linkseitige grössre Tumor einen Längsumfang von 12, der rechtseitige von 11 cm. Zum Unterschied vom vorigen Falle liegt hier der Hode beiderseits in der Geschwulst, der hinteren Wand des scrotalen Abschnittes an, rechts im unteren, links im oberen Drittel, es handelt sich also um Hydrocele vaginalis. Rechts ist dieselbe nicht so vollständig entleerbar wie links. Eine Erklärung dafür giebt die Untersuchung in Narkose. Es findet sich nämlich rechts ein haselnussgrosser Sack unmittelbar hinter dem hinteren Leistenring, welcher sich bei der Reposition der Flüssigkeit aus dem Scrotum prall spannt, aber nicht allen Inhalt des scrotalen Sackes aufzunehmen vermag. Links dagegen ist die scrotale Geschwulst leicht und vollständig zu entleeren und zwar in einen länglichen Sack mit einem abgerundeten breiteren Ende, welches vor der linken Synchondrosis sacro-iliaca liegt und von da gegen den hinteren Leistenring auf der inneren Hüftbeingrube herabzieht, medianwärts den kleinen Beckeneingang berührend.

Die Punction am 29. Nov. 1877 entleert beiderseits die gewöhnliche Hydroceleflüssigkeit wie beim Erwachsenen, klar, gelblich, reich an gelöstem Eiweiss, ein feines Netzwerk spontaner Fibringerinnung beim Stehen an der Luft bildend. Rechts werden einige Tropfen reiner Jodtinctur injicirt darin gelassen, links eine Jodjodkalilösung (1 : 4 : 15) in grösserer Quantität. Nachdem dieselbe durch Walken hin und her in ganzer Ausdehnung mit dem Sack in Berührung gebracht ist, wird sie wieder abgelassen.

Auch hier zeigte sich, wie im vorigen Falle, das auffällige Verhalten, dass am 3. Tage der intraabdominale Sack beiderseits gar keinen Erguss enthielt und nicht zu fühlen war (trotz bimanueller Palpation), während rechts im Scrotum ein wenig gespannter, aber doch deutlicher Erguss bestand, links ein praller, nicht entleerbarer Erguss mit Empfindlichkeit auf Druck.

Es muss also entweder die wesentlich vom unteren Sacke aus angeregte Entzündung durch Zuschwellen des schmalen Verbindungsganges eine rasche Verlegung bewirken und so die Fortleitung der Entzündung hindern oder die Wand des inneren Sackes weniger leicht und stark zur Entzündung zu bringen sein.

Am 8. Dec. war rechts der Erguss zurückgebildet, noch ein geringes Fibrinknittern war vorhanden, links hatte sich von der Stichstelle aus eine Phlegmone scroti gebildet, welche incidirt wurde. Am 15. Dec. ist auch rechts kein Erguss mehr nachzuweisen, sondern blos

ein rundlicher Strang, welcher sich noch dem Beckeneingang entlang per rectum eine Strecke weit verfolgen lässt.

Was die Aetiologie der beiden Fälle anlangt, so lassen sie uns jetzt noch im Dunkeln bezüglich der Frage, ob durch diese Hydrocele bilocularis die normale Bildung eines geschlossenen Sackes von der Stelle des ursprünglichen Sitzes des Hodens an der Wirbelsäule bis ins Scrotum angedeutet werden soll, oder ob selbst im Mutterleib die Entstehung darauf zurückzuführen ist, dass eine Obliteration des Processus vaginalis peritonei im Bereich des hinteren Leistenringes stattgefunden hat und bei Auftreten eines Ergusses in die Tunica vaginalis diese Verwachsungsstelle am meisten nachgiebt, bis sie die Bildung eines intraabdominalen Sackes zulässt, wie wir es für die Erwachsenen angenommen haben. —

Bern, 16. Dec. 1877.

Th. F. Rumbold. Removal of hardened secretions from the nasal passages.

(The Chicago med. Journal 1877. Vol. XXXV. No. 2. Aug.)

Verf. bespricht die Irrigationstherapie der in den oberen Partien der Nasenhöhle sesshaften Ozaena und stellt an dieselbe 3 Forderungen; sie soll 1) reizlos wirken, 2) die erkrankte Fläche überall treffen und 3) hinreichende Spülkraft entfalten. Daraufhin kritisirt er nun 2 bisher von ihm benutzte Apparate. Zunächst eine von hinten durch die Choanen wirkende Nasenspritze, deren Gebrauch er verwirft, da sie neben Spasmen des Gaumensegels und krampfhaften Schlingbewegungen auch häufige Verletzungen und Blutungen, gefolgt von entzündlichen Reizzuständen der Nasopharyngealmucosa zu Wege bringt. Sodann verbreitet er sich über die von Thudichum lebhaft empfohlene Weber'sche Nasendouche, von welcher er nach jahrelanger Anwendung die Ueberzeugung gewonnen hat, dass sie keine der drei obigen Forderungen erfüllt, wohl aber vielfachen Schaden anrichtet. Dass sie die kranke Fläche nicht überall trifft, beweist er durch das Fxperiment. Er insufflirte feine Stärke in die Nasenhöhle und douchte mit einer Jodlösung hinterher. Durch den Kehlkopfspiegel sah er, dass die Jodreaction nur in den unteren Partien der Nasenhöhle stattgefunden hatte und zwar begrenzt von einer geraden Linie, welche vom hinteren Rand der Choane aus nach vorn und ca. in halber Höhe des vorderen Randes des Septum naris ging. Diese Linie entsprach genau dem Niveau des bei gesenktem Kopfe eingelaufenen Wassers, welches nur so hoch steigen konnte, da es alsdann von der einen Choane in die andere oder auch in den Rachenraum abfloss. Daraus erklärt sich auch die so häufig trotz längerer Douchung beobachtete zögernde Lösung der Borken. Das Wasser reicht eben weder hoch genug hinauf, noch wirkt es lange genug ein; dagegen quillt die reichlich getroffene untere gesunde Schleimhaut

auf und wird unnützerweise katarrhalisch afficirt; auch das in das Antrum Highmori gedrungene Wasser wirkt dort entzündungserregend. Bei gesteigertem Druck wird das Palatum molle forcirt und das Wasser dringt in Kehlkopf und Speiseröhre. Die hierdurch ausgelösten Schlingacte pressen das Wasser durch die T. Eustachii in's Mittelohr, welches, wenn es, wie so häufig, ebenfalls katarrhalisch afficirt ist, und vorausgesetzt, dass das Trommelfell noch unversehrt ist, allemal eine empfindliche Exacerbation erleidet. (Ref. hat nach dieser Richtung gleiche unerwünschte Erfahrungen gemacht.) Verf. beschreibt nun eine von ihm construirte Catheter-Nasal-Douche, welche die obigen 3 Postulate erfüllen und alle lästigen Nebenwirkungen ausschliessen soll. Ein gläserner Haronsball trägt 2 Gummischläuche; am Ende des einen befindet sich ein Gummiballongebläse, während der andere in einen Katheter endigt, welcher mit 5 feinen, der Axe entsprechend angeordneten Oeffnungen versehen ist. Letzterer wird horizontal längs dem Nasenhöhlenboden bis zum Schlundkopf eingeführt und nun aus den nach oben resp. seitlich wirkenden Löchern vermittelst des Ballongebläses die entsprechende Heilflüssigkeit ausgetrieben. Da sich in dem Steigrohr ein kleiner Schlitz über dem Flüssigkeitsniveau befindet, so treten auch Luftblasen, — deren Menge und Grösse sich durch ein in den zum Katheter führenden Schlauch eingeschaltetes Stück Glasrohr controliren lassen und welche dasselbe Volum wie das Wasser einnehmen sollen, — in die ausgetriebene Flüssigkeit, wodurch deren Spülwerth wesentlich gesteigert wird. Dies Instrument, von dem ein Holzschnitt beigegeben ist, dürfte wesentliche Vorzüge vor der Weber'schen Douche besitzen und die Behandlung der Ozaena in der That fördern.

Langenbuch (Berlin).

C. Lucas. Fractur des Schädelgewölbes mit Austritt von Liquor cerebrospinalis unter die weichen Schädeldecken.

(Guy's Hospital Reports 1876.)

Emma C., 2½ Jahr alt, war 3 Wochen vor ihrer Aufnahme in das »Evelina-Hospital für kranke Kinder«, 18 Fuss hoch aus einem Fenster gefallen und bewusstlos gefunden worden. ½ Stunde später war Erbrechen eingetreten, das Bewusstsein fehlte bis zum folgenden Morgen. Seitdem war sie klar, aber verdriesslich und launig und hatte kein Wort gesprochen. Vor einer Woche bemerkte die Mutter eine Geschwulst an der linken Seite des Kopfes, die seitdem gewachsen war. Bei der Aufnahme des Kindes fand man keine äusseren Zeichen einer Gehirnverletzung. Seit dem Unfall war kein Erbrechen mehr eingetreten; das Kind war aber apathisch und mürrisch. An der linken Schläfengegend eine hühnereigrosse Geschwulst, welche hinter dem Ohre beginnend sich durch die Fossa temporalis nach dem äusseren Augenhöhlenrand erstreckte. Nach oben folgte sie dem Schläfenbein, nach unten reichte sie bis zum Jochbein. Sie presste

die Ohrmuschel nach abwärts, so dass die Spitze derselben in einem rechten Winkel zum Schädel stand. Eine kleinere, wallnussgrosse Anschwellung sass etwas weiter hinten am Schädel; sie stand durch einen schmalen Isthmus mit der grösseren in Verbindung. In beiden Tumoren war deutliche Fluctuation zu fühlen, man konnte sogar die Flüssigkeit aus dem einen in den anderen und umgekehrt, verdrängen. Pulsation war nirgends wahrzunehmen. Die Geschwülte waren durchaus schmerzlos, das Kind hatte weder erhöhte Temperatur noch beschleunigten Puls. Eine Probepunction entleerte 2 Unzen einer dünnen, leicht getrübten, opalescirenden Flüssigkeit. Sie zeigte im Allgemeinen den Charakter des Liquor cerebrospinalis. Die chemische Analyse (Dr. Stevenson) ergab:

Spec. Gewicht	1,0059
Organische Materie	0,19
Chlornatrium . . .	0,43
Andere Salze . . .	0,31
Wasser	99,07
	100,00

Nach Entfernung der Flüssigkeit konnte ganz deutlich eine ziemlich ausgedehnte Schädelfractur mit Depression nachgewiesen werden. Sie begann hinter dem Ohre mit einer dreieckigen Vertiefung, welche dem kleineren Tumor entsprach. Von hier aus erstreckte sie sich mit mehreren Ausläufern über das Ohr hinweg gegen den äusseren Augenwinkel hin. Die einzelnen Niveauverschiedenheiten der Bruchendstücke waren ausserordentlich genau durch die Weichtheile hindurch zu fühlen.

Nach der Operation hatte das Kind durchaus keine bedrohlichen Symptome. Temperatur und Puls blieben normal. Indessen begann die Flüssigkeit sehr bald wieder zuzunehmen, so dass am anderen Tage Abends die beiden Tumoren wieder ebenso prall erschienen wie vor der Punction. Das Kind etwas reizbar, Puls 120, Temperatur normal. Dieser Zustand bleibt einige Tage, dann beginnt die Geschwulst kleiner zu werden, so dass die Fractur wieder ziemlich deutlich durchgefühlt werden kann. Uebrigens bemerkte man, dass der fluctuirende Tumor zeitweise mehr anschwoll, so besonders dann, wenn das Kind schrie. Ungefähr 8 Wochen nach der Punction wurde Pat. entlassen; die Anschwellung war bis auf Weniges verschwunden. Kind vollkommen wohl. 5 Wochen später sah Verf. dasselbe wieder. Die Anschwellung war nicht zurückgekehrt. Nur an der zu hinterst liegenden Depression zeigte sich noch etwas Flüssigkeit, welche wuchs, sobald das Kind schrie. Die Niveaudifferenzen am Knochen sind noch genau zu fühlen. Die Mutter gab an, das Kind habe seit dem Unfall nicht mehr gesprochen, sei eigensinnig und mürrisch und wolle fortwährend getragen sein. Einen Versuch zu gehen, habe es seitdem nicht mehr gemacht, während es vorher immer herumgelaufen sei. Wenn es Nahrung haben wolle, so recke es die Hände aus. Das Kind ist übrigens gut genährt und sieht intelligent aus.

Es ist dies einer der seltenen Fälle, in welchen bei Fractur des Schädelgewölbes Liquor cerebrospinalis ausfloss und, wie Verf. glaubt, wohl der einzige geheilte Fall, in welchem bei mangelnder äusserer Wunde die Flüssigkeit unter die Schädeldecken drang und einen Tumor bildete.

Aus der Literatur citirt Verf. 10 Fälle, in welchen nach einer complicirten Fractur des Schädelgewölbes oder nach einer Trepanation Liquor cerebrospinalis ausfloss. Sie sind erwähnt von Prescott Hewett in Holmes' System of Surgery. In 7 dieser Fälle wurde angenommen die Flüssigkeit stamme aus den subarachnoidealen Räumen, in 3 direct aus dem Seitenventrikel. [Denselben sind nach Bergmann, Lehre von den Kopfverletzungen p. 108 hinzuzufügen: 3 von Bruns, je 1 von Legendre, Huber, Roser und Contagne. Ref.]

Ein Ausfliessen von Gehirnwasser bei einfacher Fractur wurde noch in 2 tödtlich endenden Fällen beobachtet. Der eine ist von Erichsen beschrieben und betraf ein hydrocephalisches Kind, welches von dem Giebel eines Hauses fiel und an der linken Seite des Schädelgewölbes eine grosse Fractur erlitt. Hautwunde fehlte. Bald nach dem Unfall entwickelte sich eine grosse fluctuirende Geschwulst, welche genau dem Sitz der Fractur entsprach. Sie wurde wiederholt punctirt und entleerte dann hydrocephalische Flüssigkeit. Das Kind starb 10 Tage nach dem Fall unter den Erscheinungen von halbseitiger Lähmung und Convulsionen.

Der andere Fall wird von Warrington Haward berichtet. Ein 19 Monate alter Knabe fiel 15 Fuss hoch auf einen Holzflur. Er war 20 Minuten bewusstlos und blieb noch 24 Stunden schläfrig und theilnahmlos. Dann kehrte Alles zur Norm zurück. Eine Stunde nach dem Unfall bemerkten die Eltern eine Anschwellung über dem rechten oberen Augenhöhlenrand, welche rasch zunahm, sich nach dem Lid herabsenkte und dasselbe umstülpte. Die Geschwulst pulsirte und war durchsichtig. 6 Wochen blieb das Kind frei von jeglicher Gehirnstörung, dann verlor es den Appetit, hörte auf zu laufen und wurde mürrisch.

2 Monate nach dem Unfall entleerte Dr. Holt 8 Unzen Cerebralflüssigkeit. Der Tumor erschien übrigens sehr rasch wieder, die Conjunctiva brach durch und es floss nun continuirlich eine beträchtliche Menge der gleichen Flüssigkeit aus. 3 Tage später starb das Kind unter Krämpfen und Fieber. Die Section ergab eine Fractur des Os front. mit Depression. Der Sprung erstreckte sich bis an den oberen Augenhöhlenrand. Das Periost war abgehoben durch die ausgetretene und angestaute Flüssigkeit. Durch einen Knochenspalt konnte der Skalpellstiel bis in das Gehirn dringen.

Betreffs der Behandlung solcher Fälle meint Verf., wenn nicht drohende Erscheinungen der Compression oder Irritation des Gehirns die Blosslegung der Fractur, die Elevation oder Trepanation der Fragmente verlangten, so möge man sich abwartend verhalten. Die beiden

Patienten von Erichsen und Haward hätten offenbar erst dann eine Cerebromeningitis bekommen, als nach Abfluss der Flüssigkeit das Gehirn in directe Berührung mit den scharfen, nach innen gekehrten Knochenfragmenten gerathen wäre. Die angesammelte Cerebrospinalflüssigkeit diene bis zur Ausheilung als Schutz. Man solle daher mit der oben gegebenen Einschränkung nur dann punctiren, wenn ein Zweifel bestünde, ob Eiter oder Liquor cerebrospinalis vorhanden sei.

H. Lossen (Heidelberg).

Dieulafoy. Les kystes hydatiques du foie et leur traitement.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 30 und 31.)

Im Anschluss an einen Fall von Hydatidencyste der Leber, welcher durch einmalige Punction und Aspiration zur Heilung gebracht war, bespricht Verf. zunächst die auffallenden Prodromal- und begleitenden Erscheinungen der Krankheit, die Urticaria, Pleuritis, Epistaxis und den Ekel vor fetten Speisen.

Rücksichtlich der Behandlung plaidirt D. für die einfache Punction mit folgender Aspiration der Flüssigkeit (Punction aspiratrice). Seit 1870, wo er seine günstigen Erfahrungen bei Anwendung dieser Behandlungsweise zuerst publicirt, hätten sich die einschlägigen Beobachtungen und günstigen Resultate auch anderer Fachgenossen so vermehrt, dass gegenwärtig die Fälle zwar nicht mehr publicirt zu werden pflegten, wobei die einfache Punction mit Aspiration gemacht ward.

In vielen Fällen habe eine einmalige Punction bereits hingereicht, die Heilung herbeizuführen. So war es auch in dem Falle, welcher D. zu den vorliegenden Erörterungen veranlasste.

D. bespricht nun ausführlich seine Methode und gibt bezüglich derselben genaue Vorschriften, als deren wichtigste wir hervorheben:

Die Flüssigkeit (der Hydatidencyste) soll mit dem Aspirator nach vorgängiger Punction mit Nadel No. 2 entleert werden; glaubt man, das Auspumpen sei zu Ende, so dürfe man sich nicht etwa durch Percutiren von der Verkleinerung des Tumor's überzeugen wollen; ebenso wenig dürfe man ihn drücken, um die Entleerung zu befördern. Nach beendigter Punction bleibt Pat. 2—3 Stunden ruhig auf dem Rücken liegen.

Wenn Eiterung in der Cyste eintritt, so soll man der Reihe nach 5, 6—8 Aspirationen ausführen, um so in mechanischer Weise die Höhle auszutrocknen.

Reichen die Aspirationen nicht aus, oder sind sie nicht ausführbar (bei Lebensgefahr durch profuse Eiterung in der Cyste, oder wenn die Kanüle sich durch Pseudomembranen etc. verstopft), so führt man in die Cyste eine dicke Troikartkanüle à démeure ein, wodurch die Cyste ausgeleert und ausgewaschen werden kann.

Fr. Steiner (Wien).

J. Clay. A case of double uterus and two vaginae complicated with fibroid tumours and absence of one kidney.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 87.)

Die ledige, 37 Jahr alte Person hat seit 7 Jahren — angeblich durch Erkältung — die Regeln sehr unregelmässig und bei Beginn derselben heftige, stichartige Schmerzen in der linken Hüfte. Bald bemerkte sie eine wallnussgrosse Geschwulst in der Leiste, welche kurz vor und während der Menstruation stärker wurde, um mit Nachlass derselben ganz zu verschwinden. Seit 3 Jahren bleibt der Tumor persistent und ist in den letzten 4 Monaten sehr gewachsen; zeitweise besteht Incontinentia, theilweis retentio urinae. Die Untersuchung ergab einen festen, kindskopfgrossen Tumor in der linken Reg. iliac., der neben der Mittellinie fast bis zum Nabel reichte. Er war beweglich, das Os uteri machte die Bewegungen mit. Ein kleiner, rundlicher Tumor lag in der rechten Reg. iliac., tiefer im Becken und war weniger beweglich, beide hingen nicht zusammen. Aspiration ohne Resultat. C. versuchte von der Vagina aus die Tumoren zu entfernen, musste aber bald von diesem unausführbaren Vorhaben abstehen. Bei der genaueren Untersuchung sah man jetzt in der linken grossen Schamlippe eine Oeffnung, die zu einer vollständigen Vagina mit Hymen den Eingang darstellte. Bald trat Peritonitis und nach drei Tagen der Tod ein. Section: Peritonitische Verklebungen; in der linken Bauchseite lag ein grosser, birnförmiger Tumor, der in Zusammenhang stand mit 5 kleinen, rundlichen subperitonealen Knoten; in der rechten Bauchseite ein kleinerer, rundlicher Tumor; die Geschwülste wogen zusammen $4^3/_4$ Pfund und zeigten die Natur eines Fibroms. Die Wände der Blase verdickt, mit gerunzelter Innenfläche; der enge linke Ureter ist nach kurzem Verlaufe obliterirt, die linke Niere fehlt, die rechte Niere ist vergrössert, der Ureter verdickt und dilatirt. Es bestanden zwei vollkommen entwickelte Vaginae, die linke 4″, die rechte 5″ lang. Jede Vagina führte zu einem gut entwickelten Muttermunde, durch welchen man jederseits in eine distincte Uterinhöhle gelangt; jeder Uterus besass in normaler Weise ein Ovarium mit seinen Adnexis. **Pilz** (Stettin).

Schwalbe. Beiträge zur radicalen Heilung der Hernien.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 45.)

S. veröffentlicht 4 Fälle von Leistenbrüchen, in denen er durch subcutane Alkoholinjectionen in die Umgebung der Bruchpforte radicale Heilung erzielte. Es wurden immer 70 Procent Alkohol in 1 oder 2 Pravaz'schen Spritzen in jeder Sitzung, die sich wöchentlich folgten, injicirt. Der Kranke wird dabei horizontal mit angezogenen Oberschenkeln gelagert und nach völlig reponirtem Bruche die Nadel der Spritze etwa 1 Zoll vom Anfange der Bruch-

pforte entfernt, in der Richtung gegen dieselbe in das Unterhautzellgewebe eingestochen. Zeigt sich in der Einstichsöffnung kein Blut, so wird langsam injicirt, und sogleich das Bruchband wieder angelegt. Die verschiedenen Einstiche wurden halbkreisförmig oberhalb des Poupart'schen Bandes um die Bruchpforte gemacht.

Nach 12—18 Wochen trat der Bruch beim stärksten Husten nicht mehr heraus. **Urlichs** (Würzburg).

F. Esmarch. Zur Resection des Schultergelenkes[1].

(Arch. f. klin. Chir. Bd. XXI. Hft. 4. 1877.)

Anknüpfend an den von Schoemaker auf dem V. Chirurgen-Congresse mitgetheilten Fall von Humerus-Resection, bei dem es sich ebenso wie bei dem vielfach erwähnten Falle von Charles White wahrscheinlich um eine Resection des oberen, durch eine Ostcomyelitis gelösten Diaphysen-Endes handelte, theilt E. folgende Fälle mit.

Bei einem 5jähr. Mädchen war durch ein Trauma eine Entzündung am linken Schultergelenke entstanden, die zur Verwechslung mit einer Luxation und zu Repositionsversuchen Veranlassung gegeben hatte. E. machte 4 Wochen später bei enormer Eiteransammlung im Schultergelenke, eine acute Vereiterung vermuthend, die Resection. Er fand die Diaphyse an ihrem oberen Ende von Periost entblösst, von Eiter umspült und von der Epiphyse abgelöst. Auch im Schultergelenk befand sich Eiter, der scheinbar durch einen rundlichen, linsengrossen Defect der Epiphyse eingedrungen war. Es lag also hier eine Osteomyelitis mit ihren Folgen vor. Die Heilung erfolgte mit geringer Verkürzung des Uterus und recht guter Beweglichkeit im Schultergelenke.

In einem zweiten Falle war bei einem 15jähr. Arbeiter die Trennung der linken Diaphyse von der Epiphyse durch ein Trauma erfolgt. Das Diaphysenende hatte die Haut durchbohrt. Das hervorgetretene Knochenende wurde resecirt. Die Sägefläche verwuchs mit der Epiphyse. Mit 3 cm Verkürzung und guter Beweglichkeit im Schultergelenke erfolgte die Heilung.

Der dritte Fall betrifft einen 18jähr. Arbeiter, der mit den Erscheinungen einer Vereiterung des linken Schultergelenks nach Typhus in die Klinik kam. Bei der vorgenommenen Resection zeigte sich die Gelenkhöhle frei von Eiter, der Knochenüberzug und die Gelenkkapsel gesund. Dicht unter der noch nicht ganz verknöcherten Epiphysenfuge fand sich eine bereits wieder consolidirte Knickung des Knochens. Als der Knochen der Länge nach aufgesägt wurde, fand sich ein gosser centraler Sequester in der Markhöhle.

---

[1]) Vortrag, gehalten am dritten Sitzungstage des VI. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, am 6. April 1877.

Die Heilung erfolgte fast ohne Verkürzung mit guter Beweglichkeit in dem neugebildeten Schultergelenk. —

Der letzte Fall betraf eine Schussfractur des rechten Oberarms bei einem 20 Jahr alten Jäger (Schleswig-Holstein 1850). Bei der Resection des dicht unter der Epiphysenlinie zerschmetterten Knochen im Schultergelenk zeigte sich, dass die von der Bruchstelle nach oben gehenden Fissuren an der Epiphysengrenze endigten. — Aus diesem letzteren Falle schliesst E., dass bei Schussverletzungen des Humerus jüngerer Leute unterhalb der Epiphysenlinie die Behandlung ohne jeden operativen Eingriff zu machen sei. —

Als Anmerkung zu der obigen Arbeit giebt Gurlt höchst interessante Aufschlüsse über die Geschichte der Humeruskopf-Resection: Die erste Resection machte 1726 Rud. Wilh. Schaeffenberg zu Dornburg an der Saale bei einem 17jähr. Jungen. Der zweite Fall ist von Barthélemi Vigarous in Montpellier 1767 ebenfalls bei einem 17 Jahr alten Manne ausgeführt worden. Den Fall von Charles White hielt schon James Bent (Newcastel) nicht für eine Resection des Oberarmkopfes, welcher selbst 1771 die Resection wegen Caries ausführte. Nach Bent machte Daniel Orred (Chester) die Operation auch und zwar bei einem 40jähr. Manne. — Der Fall von Lentin (Georg Fischer, Chirurgie vor 100 Jahren p. 580) war, wie der Fall von White, eine Resection des oberen Diaphysenendes nach osteomyelitischer Epiphysenlösung bei einem $13^1/_2$jährigen Knaben.

Maas (Freiburg i/Br.).

J. Boeckel. Deux cas d'anevrysme du pli du coude, traités avec succès par la ligature antiseptique.

(Gazette hebdom. 1877. No. 22.)

B. beabsichtigt mit der Mittheilung der obigen Fälle wesentlich die Vorzüge der Catgutligatur vor der gewöhnlichen Ligatur zu demonstriren, und hebt die stets mehr zunehmende Verbreitung des Lister'schen Verfahrens in Frankreich gebührend hervor.

Rücksichtlich des Vorwurfes, welcher der Catgutligatur von einigen Seiten gemacht wurde, dass sie das Zustandekommen von secundären Blutungen begünstige, verweist B. auf Holmes, welcher das Zustandekommen derselben dem Umstande zuschreibt, dass in solchen Fällen ganz frisches Catgut genommen worden sei, dessen Brüchigkeit leicht zum Abgleiten des Knotens führen könne.

B. beschreibt dann seine beiden Fälle, wovon der erste einen 25jährigen Arbeiter betraf, der wegen einer Geschwulst in der rechten Ellbogenbeuge in's Spital aufgenommen wurde. Das Leiden soll plötzlich unter vagen, bis an die Fingerspitzen ausstrahlenden Schmerzen entstanden sein, welche sich so steigerten, dass Pat. bald das

Arbeiten einstellen msste. B., der ihn ein paar Wochen später sah, konnte in der rechten Ellenbeuge einen kleinen, pulsirenden Tumor constatiren, der sich in den nächsten Tagen zusehends vergrösserte, und unzweifelhaft ein Aneurysma darstellte. Da alle sonstigen Verfahrungsweisen, hauptsächlich in Folge der Ungelehrigkeit des Pat. erfolglos blieben, so machte B. die Unterbindung der Art. brachial. unter Lister's Cautelen.

In der Narkose des Pat. und unter Spray 5 cm lange Incision am Innenrande des M. biceps, dort, wo das mittlere Drittel des Oberarmes an das untere trifft. Ligatur der freigelegten Arterie mit Catgut; die Arterie nicht durchschnitten; beide Fadenenden am Knoten abgeschnitten; exacte Vernähung der Hautwunde; Lister'scher Verband.

Schon bei der Abendvisite des Operationstages waren die Schmerzen bedeutend vermindert; Temperatur der Hand der operirten Seite ganz gleich jener der gesunden Seite. Am dritten Tage, unter beständigem Wohlbefinden und Fieberlosigkeit des Pat., Verbandwechsel: Wunde per prim. int. verklebt; Tumor erheblich kleiner; keine Pulsationen darin fühlbar. — Pat. verlässt jetzt schon das Spital, um zeitweise ambulant in das Spital zu kommen. Es erfolgte complete Heilung.

Die zweite Beobachtung B.'s betraf einen 35jährigen Mechaniker, bei dem sich im Laufe von ca. 5 Monaten unter heftigen neuralgischen Schmerzen eine eiförmige, über der rechten Ellenbeuge beginnende, und bis gegen die Mitte des Vorderarms reichende, nicht pulsirende Geschwulst ausgebildet hatte. Diagnose schwankend zwischen kaltem Abscess und Aneurysma mit verdickten Wandungen des Sackes.

Eine Probeincision zeigt einen bläulichen Sack; bei der Punction desselben trat eine pulpöse, weinhefenfarbige Masse aus, welche deutlich erkennbare Fibrinpfröpfe enthielt; beim tieferen Einsenken des Instrumentes kam ein starker Blutstrahl. Compression der Art. brachial., Eröffnung und Entleerung des Aneurysmasackes, der sich im Zwischenknochenraum etwas abwärts verbreitete; der Radius auf eine kleine Strecke von Periost entblösst. Die Art. cubital. zieht an der inneren Wand des Aneurysmasackes und zeigt einen Längsspalt, über und unter welchem sie unterbunden wird. Trotzdem noch etwas Blutung, daher Ligatur der Art. brachial. über der Ellenbeuge mit Catgutfaden. Naht. Lister'scher Verband. 4 Wochen später war die Aneurysmasackwunde definitiv vernarbt, die zweitgemachte Operationswunde war per prim. int. geheilt. **Fr. Steiner** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

P. Voigt. Zur Resectionstechnik.

(Vortrag gehalten beim 5. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

V. stellt einen Kranken vor, dem er wegen traumatischer Vereiterung des Handgelenks und der Sehnenscheiden die Handgelenksresection mit einer Modification der gewöhnlichen subperiostealen Technik ausgeführt hat.

Es gelingt kaum, beim Erwachsenen unveränderte Knochenhaut so vom Knochen zu lösen, dass sie eine zusammenhängende Membran bildet, und dass namentlich die für die Knochenneubildung wichtigste innerste Schicht derselben von schweren Läsionen frei bleibt. Es bleibt daher häufig nach Resectionen trotz subperiostealer Operation der Knochenersatz ungenügend.

Durch Experimente an Hunden fand nun V., dass der Knochenersatz sehr viel vollständiger wird, wenn bei der Resection an den durch Muskelinsertionen wichtigsten Prominenzen mit dem Periost die darunter liegende Knochenlamelle erhalten ist; vorgelegte Präparate illustriren diese Thatsache. Bei dem vorliegenden Fall von Handgelenksresection kam jedoch ein anderer Vorzug eines derartigen Verfahrens noch mehr zur Geltung. Dadurch, dass V. bei der Operation mit flach aufgesetztem Meissel eine dünne, der ganzen Rückenfläche des Radius entsprechende Knochenplatte in toto abhob, und ebenso eine Lamelle unter dem Abductor pollicis am Process. styl. radii, erreichte er, dass das Spiel der Sehnen in ihren Rollen in Folge der Operation in keiner Weise behindert wurde. Auf der Volarseite, wo der Pronator quadratus zwischen Knochen und Sehnenscheiden liegt, ist eine solche Knochenabmeisselung unnöthig.

Pat. hat jetzt im Carpo-Radialgelenk fast völlige Ankylose, das Spiel der Fingersehnen ist aber völlig frei, und die Hand vollständig gebrauchsfähig.

V. empfiehlt seine Modification

1) für primäre Resectionen bei Erwachsenen, um bessere Knochen-Reproduction zu erzielen;

2) für solche secundäre Resectionen, bei denen es auf Erhaltung der Beweglichkeit von Sehnen ankommt, die über die entfernten Knochen fortlaufen (Hand und Fussgelenk).

A. Genzmer (Halle).

Brière. Ectropion et hernie de toute la glande lacrymale, avec allongement considérable de la paupiére supérieure suite de carie de l'orbite. — Autoplastie par glissement. — Guérison.

(Bullet. de la Soc. de Chirurg. 1876. No. 8.)

Der 11jährige, jetzt kräftige Knabe hatte sich während der Belagerung von Chateaudun (1870) in den Keller geflüchtet, und sich dabei an der linken Schläfe gegen einen Nagel gestossen. Da die Wunde, obschon an sich geringfügig, in keinerlei Weise gepflegt werden konnte, kam es im Eiterungsprocesse zur oberflächlichen Nekrose an der äusseren Wand der Orbita.

4 Jahre später war die Haut der Augenbrauengegend, des Augenlides und der Schläfe durch den Vernarbungsprocess gegen die Defectstelle im Knochen hin verzogen, so dass nun der freie Rand des Augenlides 22 mm länger, als der der gesunden Seite war; in Folge dessen war aber die Thränendrüse, da sie durch die Zerstörung und Exfoliation der Fossa lacrymal. keinen Halt mehr hatte, durch den Druck des Augenlides nach aussen gewichen, wo dann die Drüsenläppchen frei von jeder Compression, sich so vergrösserten, dass sie gegenwärtig zusammen die Grösse einer Haselnuss hatten; dies hinderte natürlich das Schliessen der Augenlider.

Da die Entstellung des Knaben beträchtlich war, so machte B. folgende plastische Operation: in der Narkose des Pat. übertrug er erst das Maass des Augenlides der gesunden Seite auf das nach aussen verzogene, machte von dem Punkte us, wo das Maass endete, eine Incision nach oben, und zwar in der ersten Hälfte vertikal, in der 2. Hälfte mit einer nach aussen hin concaven Krümmung; sodann präparirte er nach oben hin ca. 4cm weit gegen die Stirne das obere Augenlid überall ab, und nachdem er den kleinen Rest des nach aussen verzogenen Augen-

lides entfernt, löste er — was wegen der vielen Narben hier schwierig war — auch gegen die Schläfengegend hin die Haut von der erstgemachten Incision aus im weiteren Umkreise ab, so dass nun ein Stirn- und ein Schläfenhautlappen vorhanden waren, die B. durch geeignete Verschiebung und schliessliche Vernähung, angeblich in eine sehr vortheilhafte Lagerung brachte. Die Thränendrüse hatte er reponirt, nicht excidirt; doch gab diese im Heilungsverlaufe Anlass zu einer Thränenfistel, die jedoch auch zur Heilung kam.

Als B. 8 Monate später den Pat. wieder sah, war der Zustand ein sehr befriedigender, mit Ausnahme eines leichten Exophthalmus und von früher her datirenden Hornhautfleckes; die Augenlider vermochten jetzt, bis auf eine ca. 2 mm lange Stelle an der äusseren Commissur, den Bulbus vollkommen zu bedecken; an der genannten Stelle blieben sie beim Schliessen etwas distant.

Fr. Steiner (Wien).

Weiss. Laryngo-Tracheotomie mit dem Paquelin'schen Thermokauter.

Orvosi Hetilap 1877. No. 28 u. 29. — Pester med. chirurg. Presse 1877. No. 36.)

W. führte wegen Schwerathmigkeit und vollständiger Aphonie bei einer 35-jährigen Kranken die oben genannte Operation aus. Mit dem rothglühend gemachten messerförmigen Thermokauter wurde erst die Haut durchschnitten, dann die unterliegenden Gewebe bis zur Freilegung des Lig. crico-thyreoideum. Letzteres wurde dann mit dem Bistouri durchstochen. Der Schorf löste sich nach 3 Tagen.

Leisrink (Hamburg).

Dollinger. Beitrag zur Diagnostik der Schussverletzungen der Lunge.

(Gyógyászat 1877. No. 35. — Pester med. chirurg. Presse 1877. No. 35.)

D. betont die Nothwendigkeit der mikroskopischen Untersuchung der Sputa bei Schussverletzungen der Lunge. In dem von D. beschriebenen Falle konnte bestimmt die Verletzung der Lunge nachgewiesen werden durch das Auftreten von blauen Baumwollfäden in dem Auswurfe. **Leisrink** (Hamburg.)

Schwartz. Perforation traumatique de l'iliaque du côlon sans aucune trace de contusion, même legère des parties environnantes.

(Soc. anat.; seance du 23. Fevr. 1877. Progrès médical 1877. No. 17.)

Ein Mann erhielt 2 Hufschläge gegen die Unterbauchgegend und die linke Fossa iliaca. Tod nach 24 Stunden an Perforations-Peritonitis. In der Höhe der zweiten Curvatur des S. Romanum eine halbfrankstückgrosse Perforation. Im Darm und im freien Bauchraum eine Menge unverdauter Linsen. Weder in der Bauchwand noch im Innern sonst irgend ein Zeichen der stattgehabten Verletzung.

Petersen (Kiel).

H. K. Hitchcock. Case of acute orchitis.

(Medical times and gazette 1877. August 4.)

54 jähriger, verheiratheter, schwächlicher Mann aus phthisischer Familie mit skrophulösen Kindern. Rechter Hode vergrössert, hart, roth, sehr schmerzhaft, keine Gonorrhoe. Anfangs jede Verletzung geleugnet, endlich erinnert sich Pat., dass er sein Geld nebst etlichen schweren Hausschlüsseln in der rechten Hosentasche zu tragen pflegte, die bei heftigen Bewegungen oft den Hoden berührten, so dass es ihm Schmerzen verursachte. Blutegel, Punction des Testikels, Schmerzen lassen nach. Testikel bleibt vergrössert, Compression ohne Erfolg. Neue Punctionen an etwa 12 Stellen mit schmaler Lanzette; Blut und etwas Eiter entleert. Die Oeffnungen schliessen sich schnell mit Ausnahme weniger, die noch Samencanälchen entleeren und erst später verheilen. Hode kehrt zur Norm zurück.

Verf. macht darauf aufmerksam, dass hier ein geringer Insult genügte, bei einem scrophulösen Individuum eine lang anhaltende eitrige Entzündung zu verursachen, und empfiehlt schliesslich die vielfachen Punctionen, um die gewöhnlich auftretenden fungösen Wucherungen nach dem Durchbruch eines Hodenabscesses zu vermeiden. **H. Wildt** (Berlin).

Bergmann. Demonstration zweier Exostosen vom unteren Ende des Femur.

(Vortrag gehalten beim 5. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Discussion.)

B. hat bei zwei Patienten von 20 und 21 Jahren Exostosen vom unteren Ende des Femur abgetragen. Erst durch die Untersuchungen von Billroth und Rindfleisch ist man darauf aufmerksam geworden, dass manche dieser typischen Knochenauswüchse nicht als Abknospungen des Epiphysenknorpels, sondern als Ecchondrosen des Gelenkknorpels aufzufassen sind. Wie im Billroth'schen Falle zeigen beide abgetragenen Exostosen auf ihren knorpeligen Spitzen eine mit einigen Tropfen Synovia gefüllte Kapsel, welche sich rings an den Knorpelrand inserirt. Eine Communication mit dem Kniegelenk wurde nicht nachgewiesen. Eine weitere Aehnlichkeit der Knochenauswüchse mit Ecchondrosen (wie sie bei Arthritis deformans vorkommen) besteht in den zahlreichen seitlich aufsitzenden knorpeligen Auswüchsen. Anlass zur Operation gab in beiden Fällen zunehmende Empfindlichkeit, namentlich bei Bewegungen des Vastus internus, und constatirte Grössenzunahme.

Die eine Exostose wurde subcutan abgebrochen und nach 14 Tagen durch Schnitt entfernt, die andere unter antiseptischen Cautelen abgemeisselt. Die Operirten sind ohne Beschwerden geblieben.

Uhde hat eine gegliederte Exostose nicht weit vom Kopf des Oberschenkels operirt. Sie war unter dem Vastus internus entstanden, und hatte 4 bis 5 Linien über der Basis ein Gelenk mit Synovia, dann kam ein zweites Knochenstück, dann wieder ein Gelenk und so fort. Die Entstehung der Gliederung ist wohl so zu denken, dass durch die Contractionen des Mm. vastus mehrfach Stücke der Exostose abgebrochen wurden, und jedesmal ein falsches Gelenk gebildet wurde.

Etwas Aehnliches, einen mit pseudoligamentöser Substanz dem Schambein verbundenen »Reitknochen« beschreibt Virchov in seinen Geschwülsten.

Hüter sah in der pathol.-anat. Sammlung in Rom das Skelet eines Individuums mit Defect beider Tibiae und Klumpfüssen. Als Ersatz für die fehlende Tibia verlief beiderseits vom Femur aus eine 10 bis 12 cm lange gegabelte Exostose; am unteren Ende derselben befindet sich eine Art von kugeligem Gelenkkopf.

Volkmann fragt, ob der Fall nicht als Teratom aufzufassen wäre und Roser ist derselben Meinung: es handele sich wohl um einen verirrten Knochenkeim, wie bei der Exostose unter dem Nagel der grossen Zehe.

König ist der Meinung, dass die Synovialkapseln an der Spizte der Exostosen nicht mit dem benachbarten Gelenk communiciren, sondern dass es sich um Schleimbeutel handele, durch Bewegung entstanden.

Bergmann betont darauf, dass die Knorpelfläche frei in die Höhle hineingeragt habe.

Baum hält späteres Wachsen solcher Exostosen für sehr selten, eine Operation derselben für gewagt.

Bergmann erinnert an die Exostosen in der Kniekehle, dem Gruber'schen Proc. supracondyloideus entsprechend; solche bleiben stationär. Bei Exostosen auf der Innenseite habe er späteres Wachsthum constatirt, auch sind Entzündungen der neugebildeten Kapsel nachgewiesen.

Esmarch hat einen Fall operirt, den Bergmann'schen ganz analog; es inserirte sich die kleine, synoviahaltige Kapsel rings an den Rand der Knorpelfläche. Die Marksubstanz des Oberschenkels setzte sich continuirlich in die Spongiosa der Exostose fort; Pat. starb an Osteomyelitis. — Den Versuch, durch Abbrechen der Exostose die Beschwerden zu beseitigen und weiteres Wachsthum zu verhindern hat E. schon vor 10 Jahren gemacht, und empfohlen, täglich das abgebrochene Stück hin und her zu schieben, um ein Wiederanwachsen zu verhindern. Gelingt das Abbrechen mit den Händen nicht, so bediene man sich eines hölzernen Meissels und Hammers.

Volkmann sah eine ziemliche Anzahl knorpeliger, wahrscheinlich vom Epi-

physenknorpel ausgehender Exostosen, die zeigten, dass ihre Schmerzhaftigkeit von einer serösen Synovitis des der Exostose aufsitzenden Schleimbeutels herrühre. In zwei Fällen war die Füllung des Schleimbeutels so stark geworden, dass die Diagnose auf Schleimbeutel anfangs gar nicht gestellt werden konnte. Die Anfangs sehr starken Schmerzen schwanden, nachdem der Erguss resorbirt war. Nie sah V. eine Communication solcher Schleimbeutel mit einem Gelenk. Das Wachsthum der Exostosen hört wohl in der Regel, worauf schon Syme aufmerksam macht, mit der Beendigung des Knochenwachsthums auf, doch sah V. eine Exostose auch später noch weiter wachsen. — Bei Anwendung der Antisepsis dürfte eine Resection der Exostosen wohl kaum gefährlich sein.

Maas hat gefunden, dass der Sitz der Exostosen ziemlich genau den Stellen entspreche, die Kölliker als Resorptionsflächen bezeichnet hat, und man kann bei Thieren durch Abschaben der Resorptionsflächen künstliche Knochenauswüchse erzeugen, die jedoch bald schwinden. Es stehen diese Stellen durch grosse Venen mit der Markhöhle in Verbindung, woraus das häufige Auftreten von Osteomyelitis nach operativen Eingriffen erklärlich ist.

Baum hat ebenfalls Fälle gesehen, in denen Exostosen nach Beendigung des Knochenwachsthumes weiter wuchsen. **A. Genzmer** (Halle).

M. Raynaud. Tarsalgie des adolescents.

(Gaz. des Hôpitaux 1877. No. 49.)

Gosselin hat sich gegen die Identität der von ihm sog. Tarsalgie des adolescents mit dem sog. entzündlichen Plattfuss ausgesprochen auf Grundlage eines Sectionsbefundes, bei welchem entzündliche Veränderungen in den Tarsometatarsalgelenken gefunden wurden; R. theilt zur angeblichen Stütze der Gosselin'schen Ansicht folgenden Fall mit: eine 18jährige Kellnerin leidet (seit wie lange? Ref.) an heftigen Schmerzen im linken Fusse, die das Gehen unmöglich machen. Druckempfindlichkeit am inneren Fussrande im Niveau des Os naviculare am intensivsten, selbst die Bettdecke wird nicht ertragen. Bewegungen im Sprunggelenke ziemlich schmerzlos. Gar keine Difformität des Fusses, guter Allgemeinzustand. Plötzlicher Tod an Typhus, nachdem durch blosse Bettruhe die Schmerzen fast verschwunden waren. Die Section ergab: in den Fussgelenken nirgends Flüssigkeit; im Gelenke zwischen Os naviculare und 2. und 3. Os cuneiforme, im Gelenke zwischen beiden letzteren und in denen zwischen ihnen und dem 2. und 3. Metatarsus waren die Gelenkknorpel bis auf Spuren verschwunden, in der Mitte der Gelenkfläche lag die Spongiosa bloss und schienen in Verwachsung begriffen. Die Umgebung der Gelenke zeigte in den Knochen etliche rareficirende Ostitis; keine Auflagerungen oder Osteophytbildungen. — (Der von R. beschriebene Befund kommt bekanntermassen auch beim entzündlichen Plattfuss vor; übrigens kann der Fall schon deshalb nichts für oder gegen die Identität der beiden Affectionen beweisen, weil der Begriff »entzündlicher Plattfuss« eine Difformität voraussetzt, während R. ausdrücklich jede Difformität des Fusses bei dem Mädchen in Abrede stellt, obwohl nicht darauf Rücksicht genommen ist, ob nicht im Gehen oder Stehen schon ein leichter Grad von statischem Pes planus in Entwickelung war, welcher die abnormen Druckverhältnisse der Gelenkflächen gegen einander sammt der folgenden Entzündung erklärt hätte. Für die französischen Chirurgen scheinen die Arbeiten Henke's, Hüter's, Volkmann's und Lücke's über die Aetiologie und Anatomie der Deformitäten des Fusses noch immer nicht zu existiren. Ref.) **Winiwarter** (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. **Sonnabend, den 12. Januar.** **1878.**

Zur aseptischen Punction der Gelenke mit intra-articulärer Carbolinjection.

Von

C. Hueter.

In No. 49 und 50 d. Bl. (1877) hat Herr Dr. F. Rinne von den Erfahrungen über Punction mit Carbolauswaschung bei Gelenkentzündung berichtet, welche Herr Dr. Schede auf der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses gesammelt hat. Bei dieser Gelegenheit erwähnt Rinne an zwei verschiedenen Stellen meine diesbezüglichen Ansichten nach Citaten aus der ersten Auflage meiner Klinik der Gelenkkrankheiten, welche 1870 und 1871 erschien. Wie sich meine Ansichten verändert haben, geht aus einem Vergleich der ersten mit der zweiten Auflage, welche 1876 und 1877 erschien, so zweifellos hervor, dass ich kein Wort darüber verlieren würde, wenn ich nicht glauben müsste, dass Dr. Rinne und wohl

auch manche Leser d. Bl. darüber in Unkenntniss geblieben sind. Es ist doch wohl kein unbilliges Verlangen eines Autors, dass er seine Ansichten nicht nach einer alten, sondern nach der neuesten Auflage seines Werks angeführt und beurtheilt zu sehen wünscht.

Mit vollem Recht habe ich 1870 die Punction der Gelenke, wie Dr. Rinne No. 49 d. Bl. citirt, als gefährlich bezeichnet, aber mit eben so gutem Recht sage ich 1876 (2. Aufl. I. Th. § 164): »heute ist es möglich, dieselbe Operation als eine gefahrlose zu bezeichnen«; und wenige Sätze weiter: »Auf Grund dieser Anschauung — nämlich der Anschauung der septischen Entzündungserregung — wird die Punction der Gelenke absolut gefahrlos gemacht«. Diese letzteren Sätze citirt Dr. Rinne nicht.

Ich bedauere um so mehr, dass Dr. Rinne die neue Auflage meiner Klinik der Gelenkkrankheiten seiner Kenntnissnahme nicht gewürdigt hat; er würde dort manche Angaben gefunden haben, welche ihn für das Thema seiner Arbeit hätten interessiren müssen. So steht (I. Theil, § 179) folgender Satz: »In den hartnäckigsten Fällen des Hydarthros, besonders aber, wenn derselbe droht in Eiterung überzugehen und die Eisapplication die Entzündung nicht zurückbringt, ferner auch in Fällen, wo die sonstige Therapie versagt, muss unter den nöthigen Vorsichtsmassregeln die Punction des Gelenks mit dem Troikart ausgeführt werden. Gewöhnlich spritze ich bei dieser Gelegenheit durch die Kanüle des Troikart mittelst einer grösseren Glasspritze 5 bis 8 g einer 2 % Carbollösung in das Gelenk ein«.

Ferner erwähne ich bei Gelegenheit der Behandlung des Hydrops genu, welcher doch am häufigsten die Frage der Punction stellt, Folgendes (2. Aufl. II. Th. § 125):

»Bei den Punctionen, welche man bei langdauernder und durch Compression unheilbarer Synovitis serosa macht, findet man zuweilen, dass dem Erguss Fibrinflocken und Eiterkörperchen beigemischt sind, also die Uebergänge zur Synovitis sero-fibrinosa und suppurativa vorliegen. In einigen solchen Fällen habe ich mit bestem Erfolg[1]) nach Entleerung der Flüssigkeit sofort mittelst der Troikartkanüle eine Ausspülung des Gelenks mit 3 % Carbollösung vorgenommen«. Wenige Sätze weiter folgt: »Die eben bezeichneten Verfahren sind so wirksam, dass die Behandlung der Synovitis serosa in allen Formen und Stadien jetzt mit viel grösserer Aussicht auf schnellen Erfolg unternommen werden kann, als früher«.

Während so die drei ersten der Schlusssätze Rinne's (d. Zeitschrift No. 50) meine früher mitgetheilten Erfahrungen bestätigen, enthalte ich mich über den 4. und 5. Satz meines Urtheils bis zu einer besseren Gelegenheit. Im 6. Satz Rinne's befinde ich mich wieder mit demselben in bester Uebereinstimmung und erwähne nur

---

[1]) Die hier und im Folgenden unterstrichenen Worte sind im Originaltext nicht unterstrichen.

folgenden Satz (2. Aufl. I. Th. § 184): »Minder wirksam wird das Verfahren — Punction mit dem Troikart und Injection, resp. Irrigation mit Carbollösungen — wenn, wie so gewöhnlich, die Punction Eiter entleerte; dann kann es nothwendig werden, das Verfahren ein oder mehrere Male zu wiederholen, und sobald der entleerte Inhalt seine rein eiterige Beschaffenheit verliert und der getrübten Synovia ähnlich wird, so ist Hoffnung auf günstigen Erfolg und man wird dann endlich die Heilung erzielen. Sammelt sich jedoch immer wieder Eiter an, so kommt die weitere operative Behandlung in Betracht«. Wenige Sätze weiter (§ 185) folgt, dass bei geringem Fieber, guten Kräften und gutem Allgemeinbefinden der Incision und Drainage ein Versuch zu geben ist.

Endlich constatire ich noch die Uebereinstimmung des 7. Schlusssatzes Rinne's mit den Ansichten, welche ich in der 2. Auflage der Klinik der Gelenkkrankheiten veröffentlicht habe. Ich citire aus dem I. Th. § 184 folgenden Satz: »Sobald bei Synovitis granulosa (= Synovitis fungosa der älteren Autoren) eine Fluctuation zu fühlen ist, soll der Inhalt der Flüssigkeitsansammlung unter Beachtung des antiseptischen Punctionsverfahrens mit dem Troikart entleert werden. Sobald sich aus der Kanüle nichts mehr entleert, kann sofort eine der Grösse der entleerten Höhle entsprechende Menge von 2—3 % Carbollösung (1 bis 5 g) in die Höhle durch die Kanüle injicirt, auch durch noch grössere Flüssigkeitsmengen eine Irrigation der Höhle vorgenommen werden. Die Irrigation darf so lange fortgesetzt werden, bis die aus der Höhle abfliessende Flüssigkeit klar zum Vorschein kommt, nur muss bei dem Herausziehen der Kanüle beachtet werden, dass nicht mehr als einige Gramm der Lösung im Körper zurückbleiben«.

Wenn ich hierdurch constatire, dass ich in ganz ähnlicher Weise die aseptische Punction der Gelenke mit nachfolgender Injection und Ausspülung durch 2—3 % Carbollösungen empfohlen habe, wie dieses von Rinne geschieht, so gebe ich gern auch der Empfindung der Freude Ausdruck, dass Herr College Schede über die Erfolge dieses Verfahrens eben so günstige Erfahrungen gesammelt hat, wie ich selbst. Endlich scheint, wie ich besonders aus dem Schluss der Mittheilungen Rinne's entnehme, das Vorurtheil zu schwinden, welches viele meiner Specialcollegen gegen mein Verfahren der antiphlogistischen intra-articulären Carbolinjection fest gehalten haben, und welches bedingte, dass dieses Verfahren viel mehr in der Praxis der Aerzte, als in den chirurgischen Abtheilungen der Krankenhäuser bis jetzt sich eingebürgert hat.

Greifswald, im December 1877.

C. Friedländer. Ueber Epithelwucherung und Krebs. Mit 2 lithographischen Tafeln.

Strassburg, **Karl J. Trübner**, 1877.

In der Einleitung skizzirt F. kurz seine Ansicht bezüglich der Bedeutung und der Entstehung der Epithel-Regeneration. Er betont, dass bei der Ueberhäutung resp. Vernarbung die Neubildung der epithelialen Decke nicht der wesentliche Factor sei (s. unten), sondern die Umwandlung des Granulationsgewebes in junges Narbengewebe und dass an der homologen Entstehung der neugebildeten Epithelien von alten präformirten festzuhalten sei, auch trotz der interessanten Beobachtungen Arnold's (Virch. Arch. Bd. XLVII). Letzterer hatte nämlich auf Granulationen, die einem blossgelegten Knochen (Schädeldach oder Gaumenplatte) entsprossen waren, inselförmiges Auftreten von Epithel constatirt und daraus den Schluss gezogen, dass damit eine selbständige, von präformirtem Epithel unabhängige Epithelneubildung erwiesen sei. Dem gegenüber wissen wir aber jetzt doch durch mehrfache Erfahrungen (vergl. z. B. Schweninger, über Transplantation von Haaren, Zeitschr. für Biologie Bd. XI. p. 341—380, Centralbl. für Chir. 1875, p. 769), dass eine geringe Menge selbst von ihrem Mutterboden vollständig getrennter Epithelzellen genügt, um auf geeignetem Boden den Ausgangspunkt für eine mächtige Epithelneubildung zu bilden.

Sodann geht F. zum eigentlichen Gegenstand seiner Untersuchungen über und zeigt, dass auf granulirenden und ulcerirenden Flächen sehr häufig epitheliale Ueberhäutung zu Stande kommt, ohne dass dabei irgendwie von Heiltendenz die Rede sei. Er betont, dass bei normaler, rascher Wundheilung die Umwandlung des Granulationsgewebes in das junge Narbengewebe der epithelialen Ueberhäutung vorausgehe; ist aber der Heilungsvorgang ein langsamer, dann geht häufig die epitheliale Ueberhäutung rascher, als die Umwandlung des Granulationsgewebes in Narbensubstanz. Abgesehen von den Granulationsflächen fand F. auch theilweise oder vollständige epitheliale Ueberhäutung ohne jede Heiltendenz bei Fortbestehen der Eiterung resp. der Ulceration bei einfachen Geschwürsflächen, auf lupösen Ulcerationen, in Fistelgängen, auf Krebsgeschwüren (wie bereits bekannt Ref.), auf scrophulösen Geschwüren und im Inneren subcutaner Abscesse. Diese mit Granulationsepithel bekleideten eiternden Oberflächen verhalten sich nach F. ganz ähnlich wie gewisse Schleimhäute im Zustande des eitrigen Katarrhs. In allen diesen Fällen der epithelialen Ueberhäutung standen die neugebildeten epithelialen Elemente in directer Berührung mit sprossungsfähiger Epidermis oder mit den Appendiculargebilden derselben.

Nach der Mittheilung dieser Thatsachen kritisirt nun F. die Bedeutung der Reverdin'schen Hauttransplantation in dem Sinne von Thiersch (cfr. Verhandl. der deutschen Gesellsch. für Chir., dritter Congress, p. 74), dass die Reverdin'schen Hauttransplantationen

nur dann dauernd Erfolg haben, wenn das Granulationsgewebe sich in Narbengewebe umwandelt. Der Schwerpunkt bleibt eben auch hier wieder die Beschaffenheit des Granulationsgewebes.

Aber die Epithelwucherung liefert nicht nur lediglich glatte Decken über ulcerirenden oder granulirenden Flächen, sondern sie dringt auch atypisch in Form von Zapfen und Schläuchen, die sich eventuell netzartig verzweigen, in die Tiefe. Dieses beobachtete F. bei Lupus, in Fistelgranulationen, in der Haut bei Lepra und in einem Falle von Elephantiasis papillaris (cfr. Stroganow, Virch. Arch. Bd. LXV., p. 47). Bei Lupus treten Bilder auf, dass man an Krebs denkt, so in einem Falle, in welchem aber nach Verf. der über viele Jahre verfolgte günstige Verlauf die Diagnose Krebs ausschloss. Ganz exquisit sind die atypischen Epithelwucherungen, welche z. B. auch Busch (Verhandl. des 1. deutschen Chirurgen-Congresses 1872, p. 120) bei elephantiastischem Lupus beschreibt, so dass man Cancroid vor sich zu haben glaubte (»epitheliomartiger Lupus«, Busch). In den weitaus meisten Fällen von Lupus fehlt aber nach F., entgegen der bekannten Ansicht von Rindfleisch (Schweissdrüsenadenom), die Epithelwucherung.

Auf Grund dieser Thatsachen kritisirt nun F. das Verhältniss dieser atypischen Epithelwucherungen zum Krebs und kommt zu dem Schluss, dass es unmöglich sei, den Krebs direct anatomisch als Tumor mit atypischer Epithelneubildung zu definiren, da es ja atypische Epithelneubildungen gebe, welche anatomisch alle Charaktere eines jungen Krebses an sich tragen und die doch auf keine Weise als Krebse aufzufassen seien. So lange die atypisch verlaufenden Epithelstränge nur im Gebiet des neugebildeten Gewebes liegen, so lange ist nach Verf. eine Malignität der Neubildung noch nicht mit Sicherheit demonstrirt; der ächte Krebs, d. h. das destruirende Epitheliom ist erst dann constatirt, wenn man die epithelialen Massen im alten präformirten Gewebe, z. B. Muskel, Knochen, zerstörend, fressend fortwuchern sieht. Warum der Krebs schrankenlos durch die verschiedenen Gewebe zerstörend weiterwuchert, worin dieses bei der Krebsdefinition wesentlichste Moment besteht, ist bis jetzt noch vollständig unbekannt, wir besitzen deshalb nach F. noch keine eigentliche Theorie des Krebses, die uns die pathologische Bedeutung derselben klar macht. Damit aber will F. das grosse Verdienst der epithelialen Krebstheorie nach der morphologischen Seite durchaus nicht bestreiten, weist aber darauf hin, dass die ihr zu Grunde liegende Remak-His'sche Keimblätterlehre in neuerer Zeit von Götte in entschiedener Weise angegriffen worden sei.

In der nun folgenden Kritik des Princips des Wachsthums von Boll (cfr. Centralbl. für Chir. 1877, p. 419) wendet sich F. besonders gegen die von Letzterem bestrittene Selbständigkeit des Epithels und des Granulationsgewebes, weist auf die obigen Thatsachen hin, auf das Herüberwachsen des Epithels einer ausgeschnittenen und iso-

lirten Frosch-Cornea über eine Fibrin-Membran, auf das Wachsthum von Chorionzotten in der Placenta, von sprossenden Wundgranulationen u. s. w.

Der pathologische Werth obiger atypischer Epithelwucherungen ist nun aber nach F. nur ein secundärer, da dieselben bei denjenigen Affectionen, bei denen sie gefunden werden, durchaus nicht in regelmässiger, constanter Weise beobachtet wurden; so fehlten sie besonders in vielen anderen Fällen von Lupus, bei anderen Fällen von Lepra und Elephantiasis; dagegen fand sie F. öfters bei grösseren Hautwarzen, entweder als einfache Sprossen des Rete Malpighi, oder auch verästelt, ja selbst Netze bildend.

Aber das Vorkommen der atypischen Epithelwucherung ist nicht nur auf die Haut und die Wundgranulationen beschränkt, sie wird gelegentlich auch in den verschiedensten Organen beobachtet, so z. B. bei chronischen Lungenerkrankungen, besonders häufig bei interstitiellen und indurativ-pneumonischen Processen, ferner in einem Falle von secundärer Sarcomatose der Lunge an einzelnen der Lungenknoten; sodann bei den analogen Erkrankungen der Leber, z. B. die Gallengangswucherungen in einem Falle von Lebersyphilis, in einigen Fällen von acuter Leberatrophie, bei Lebercirrhose etc., Wucherungen, welche aber nicht durch die Gallenstauung, im Sinne Charcot's und Gombault's zu erklären sind, sondern nur da auftreten, wo, wie an der Haut und an den Bronchien, Granulationsgewebe, junges Bindegewebe gebildet wird. In den Nieren hat F. atypische Epithelwucherungen mit Sicherheit nicht nachweisen können, dagegen in ausgedehntester Weise bei den Erkrankungen der Speicheldrüsen (sarcomatöse Tumoren), ferner bei den meisten Drüsenpolypen der Schleimhäute, bei Cystomen der Ovarien. Ein grosser Theil der Adenome gehören nach F. ebenfalls hierher.

Alle diese atypischen Epithelwucherungen, die nach F. an sich eine pathologische Bedeutung nicht haben, kommen, kurz gesagt, als Effecte chronischer Reizungsprocesse vor, welche sich innerhalb oder in unmittelbarer Nachbarschaft der das Epithel tragenden Membranen abspielen und zu Neubildungsvorgängen, zur Bildung von Granulationsgewebe oder von specifischer Tumorsubstanz führen.

H. Tillmanns (Leipzig).

A. Menzel. Ueber Spermatozoën nach Studien an einer Spermatocele. (Nebst Tafel.)

Vortrag gehalten am zweiten Sitzungstage des VI. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 5. April 1877.)

(Arch. f. klinische Chirurgie Bd. XXI. Hft. 3. p. 518.)

Bei der Untersuchung der milchig trüben Flüssigkeit, die einer Spermatocele entnommen, gelangte M. zu folgenden Resultaten, die er selber in nachstehenden Sätzen recapitulirt.

1) Die Spermatozoën des Menschen zeigen unter Umständen eine höchst deutliche Querstreifung.

2) Die Samenzellen des Menschen sind lebhaft beweglich und zeichnen sich durch die Neigung aus, überaus lange fadenförmige Fortsätze zu bilden.

3) Der Samenfaden geht beim Menschen ausnahmslos vom Kern, nie vom Zellprotoplasma aus. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

J. Bell. Note on a mode of saving blood in great operations.

(Edinb. med. Journal 1877. Vol. 2. p. 141.)

Verf. empfiehlt bei Amputationen, bei welchen kein Tourniquet angelegt werden kann oder bei Exstirpation blutreicher Tumoren das Blut fern vom Operationsort gewissermassen »aufzuspeichern«, indem er bei herabhängender Extremität resp. Extremitäten, dieselbe leicht mit einer elastischen Binde umgiebt, so dass nur die venöse Circulation nicht der arterielle Zufluss behindert wird; schnell schwillt die Extremität an und wird roth. Durch dieses Verfahren wird die Blutmenge in den anderen Theilen des Körpers, also auch in den blutreichen Theilen gemindert, die nächste Folge davon wird sein, dass der Blutverlust bei der Operation geringer wird.

V. erprobte dieses Verfahren bei einer Hüftgelenksexarticulation wegen eines blutreichen Knochentumors des Oberschenkels. Nachdem das zu entfernende Bein durch Erheben weniger blutreich gemacht war, wurde mit elastischer Binde das restirende Blut herausgetrieben, und nun in der oben angegebenen Weise das gesunde, herabhängende Bein behandelt. Nach geschehener Operation und Stillung der Blutung wurde der Puls klein. Er hob sich aber merklich nach Lösung der Binde am gesunden Beine, und es wurden neue bisher nicht blutende Gefässe im Stumpfe bemerkbar. Nachtheile der Methode wurden weder in diesem noch in einigen weiteren Fällen, weder bei noch nach der Operation beobachtet.

Pilz (Stettin).

W. B. Rodman. Ueber die Behandlung von Schädelfracturen mit gleichzeitiger Verletzung des Gehirns und seiner Häute.

(Americ. Journal of the med. science 1877. Jan.)

Die nicht complicirten Schädelfracturen mit Depression macht Verf. zum Gegenstand seiner Studien. Während die meisten Chirurgen über die Behandlung der complicirten Schädelbrüche mit Depression durchaus einig seien, wagten nur wenige eine einfache Fractur ebenso zu behandeln. Sie fürchteten Blutungen, Entzündung, Erysipele, Encephalitis etc. Verf. sucht zu beweisen, dass diese Gefahren mehr traditionell, als reell seien. Durch die Furcht vor einer Incision auf die mit Weichtheilen bedeckte Schädelfractur seien weit mehr Leben geopfert und Verstandeskräfte verloren

gegangen, als durch das entgegengesetzte Verfahren. Die conservative oder besser gesagt, die nichtoperative Chirurgie gehe hier entschieden zu weit; die Gefahr eines Einschnittes sei von den alten Autoren übertrieben und diese Ansicht von der Jetztzeit blindlings adoptirt worden. Eine reine Schnittwunde stehe, was Lebensgefährlichkeit betreffe, in gar keinem Verhältnisse zu der Ungewissheit, ob man eine Gehirnverletzung vor sich habe oder nicht. In der Surgical History of the War of the Rebellion Bd. I p. 15 wurde berichtet, dass von 182 Fällen von Verletzungen der weichen Schädeldecken durch Säbelhiebe nur 6 tödtlich endeten. Zugleich aber erfahre man, dass andere mit Irrsinn, Schwindel, Sehstörungen, Kopfschmerz, fortdauerndem Schmerz an der Stelle der Verletzung entlassen worden seien. Es gehe aus diesen Angaben ebenso sehr die Ungefährlichkeit reiner Schnittwunden des Schädels hervor, als auch die Thatsache, dass eine Reihe dieser Verwundungen Fracturen des Schädels waren und als solche übersehen wurden.

Verf. macht sich hier selbst den Einwurf, es handele sich bei der Beurtheilung der aufgeworfenen Frage denn doch nicht blos um eine Weichtheilwunde, sondern um eine Fractur des Knochens mit Weichtheilverletzung. Aber, meint er, wenn eine Schnittwunde, zumal vom Chirurgen selbst verursacht, an sich harmlos sei, so werde sie es auch bleiben, wenn durch die Incision eine Fractur ohne Depression blossgelegt werde; sei aber eine starke Splitterung mit Depression vorhanden, so bedauere er jeden Patienten, der in die Hände eines furchtsamen Arztes gefallen sei. Für die Behandlung sei es dann ganz gleich, ob die Depressionsfractur eine einfache oder complicirte sei. Nach Citirung der in Amerika so ziemlich acceptirten Ansichten von Gross und Erichsen, welche die Incision auf eine nicht complicirte Schädelfractur nur dann direct empfehlen, wenn deutliche Depression vorhanden, im Uebrigen sich zurückhaltend aussprechen, tritt Verf. mit voller Ueberzeugung für die Lehre ein, auch in allen zweifelhaften Fällen von Depression die explorative Incision zu machen.

Es folgen 2 Fälle zur Erläuterung.

1. John Newmann, 16 Jahre alt, wurde vom Pferde geworfen und fiel mit der linken Seite des Kopfes heftig auf einen runden Stein. Symptome von Gehirnerschütterung, Erbrechen. Vom Ohr bis gegen die Sutura sag. erstreckt sich eine teigige Geschwulst. Keine Wunde in den Weichtheilen.

Bewusstlosigkeit schwindet nach einigen Stunden. Obwohl es sich hier um eine einfache Fractur ohne Symptome von Compressio cerebri handelte, wurde dennoch von dem Verf. unter Chloroform eine Incision von 2 Zoll in der Richtung vom Ohr nach der Pfeilsutur gemacht. Es spritzte Blut und Gehirnmasse heraus. Ein T förmiger Einschnitt legte eine enorme Schädelfractur blos. Zwei Stücke Knochen, jedes so gross wie die Höhlung eines Theelöffels, staken senkrecht in der Hirnrinde. Sie hatten die Dura zerrissen und eine Eischale voll Hirn herausgehlt. Mehrere andere Knochenstücke wurden entfernt, ein grosses aufgerichtet und zurückgelassen. Eine Trepanation war nicht nöthig. Das abgehobene Periost und die Dura wurden wieder an Ort und Stelle gelegt, die Wunde mit Nähten bis auf einen kleinen, der Drainage dienenden Winkel geschlossen. Geringe

Reizungssymptome in den ersten 10 Tagen. Verordnung: 20 Gran Bromkalium alle 2 Stunden bei Unruhe und Kopfschmerz. Geringer eiteriger Ausfluss. Der Verband bestand in Wasserumschlägen. Ein hühnereigrosser Prolaps des Gehirns ging auf Compression bald zurück. Die Wunde schloss sich. Pat. war circa 6 Wochen nach dem Unfall vollkommen geheilt. 8 Wochen nach der Verletzung bestand er ein ganz gutes Examen in der Schule. Sein Verstand ist so klar wie vorher.

2. Lee Fragier, 13 Jahr alt, war mit einem Kolben gegen die linke Schläfe getroffen worden. Die Symptome der Erschütterung überwogen die der Compression, welch' letztere sehr leicht war. An der linken Seite eine Napf-ähnliche Depression. Da es sich um eine einfache Fractur mit nur geringen Compressionssymptomen handelte, wurde beschlossen, abzuwarten. Anderen Tages zeigte sich an Stelle der Depression eine derbe Weichtheilschwellung; Pat. war comatös. Verf. machte einen Kreuzschnitt. Die Knochen waren stark zerquetscht, eine Trepanation unnöthig. Eine ganze Anzahl von losgelösten Knochenstücken wurde entfernt: der grösste Theil der Schuppe des Schläfenbeins, ein grosses Stück des Os pariet. einschliesslich des vorderen unteren Winkels des Os front. und ein Stück des grossen Keilbeinflügels.

Stücke, welche nur theilweise gelöst waren, wurden aufgerichtet und zurückgelassen. Die Dura war auffallender Weise nur wenig verletzt. Anlegen von Nähten, Kaltwasser-Umschläge.

Nach der Operation kam der Knabe wieder zu sich; die Wunde heilte ohne irgend ein störendes Symptom. Kein Prolapsus cerebri, wahrscheinlich weil die Dura nur wenig zerrissen war.

(Man kann mit der Ansicht des Verf. durchaus einverstanden sein, zumal unter antiseptischen Cautelen eine Probeincision durchaus ungefährlich ist.)

Es folgen noch 3 Fälle, welche beweisen sollen, wie schädlich ein zu ängstliches Vorgehen bei Schädelfracturen werden kann, und schliesslich eine Trepanation.

3. J. E., 8 Jahr alt, war von einem Pferde geschlagen worden. Verf. wurde 28 Tage nach dem Unfall zugezogen. Es hatte eine leichte Gehirnerschütterung stattgefunden, aber bis vor 5 Tagen hatten die Aerzte keine ernstliche Verletzung diagnosticiren können. Puls 130, Zunge belegt, Delirien. Ein Kreuzschnitt legt eine Knochenfractur blos mit geringer Depression. 2 Stücke, jedes circa 1 □ Zoll, werden entfernt. Gehirn an dieser Stelle verjaucht. Ausfluss von Blut und Eiter. Tod 2 Tage später. Verf. meint mit Recht, eine frühere Incision auf die Fractur hätte den Knaben retten können. Dass die Spätoperation den Tod herbeigeführt oder beschleunigt habe, werde niemand behaupten wollen.

4. Hugh C., 5 Jahre alt, hatte Erbrechen und Diarrhoe, als Verf. gerufen wurde, dazu heftige linksseitige Krämpfe. Warmes Bad, Eis auf den Kopf nutzten nichts; erst auf Chloroforminhalationen hin hörte der Krampf auf. Es stellt sich heraus, dass der Knabe vor 6 Wochen mit einem Ziegelsteine auf das linke Tuber ossis frontis geschlagen worden war. Die lochförmige Wunde hatte bis zum Knochen gereicht. Die Trepanation wurde verweigert, auch 2 Wochen später, als die Krämpfe wiederum auftraten. Das Kind starb, Section wurde nicht zugegeben. Verf. glaubt, man hätte das Leben durch einen Einschnitt und durch Trepanation sicher retten können.

5. John J., 21 Jahre alt, sucht den Verf. auf, da ihm wenige Stunden vorher eine Messerklinge in den Schädel gedrungen sei. Untersuchung ergab, dass die Spitze eines »Congress-Messers« 1/2 Zoll von der Kranznaht entfernt neben der Mittellinie noch im Knochen stak. Kreuzschnitt und mehrfache Versuche, die Spitze zu extrahiren. Die Trepanation wurde von einem anderen Arzte verworfen und nur durch den Meissel so viel Knochen entfernt, dass die Klinge locker wurde. 6 Tage nachher Tod.

Die Section ergab, dass man einige spitze Knochensplitter, welche neben der Klinge in die Dura eingedrungen waren, nicht entfernt hatte.

6. Nelson Finney, 25 Jahre, Neger, war von einer Frau, die er beleidigt hatte, mit einem Kochtopfe so gewaltig auf den Schädel geschlagen worden, dass ein Fuss des Topfes sich an der linken Schläfe durch den Knochen hindurch $1\frac{1}{2}$ Zoll tief in das Gehirn gebohrt hatte. Pat. comatös. Incision, Trepanation, Entfernung von 13 kleinen Splittern. Etwas Gehirn floss aus.

Pat. genass trotzdem, ohne alarmirende Symptome darzubieten.

H. Lossen (Heidelberg).

G. Bantock. On drainage in ovariotomy.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. II. p. 436.)

Trotz der ausführlichen Werke von Peaslee und von Spencer-Wells über Ovariotomie hat Letzterer erst in seiner neuesten Publication versprochen, sein Augenmerk der Drainage zuzuwenden, einer Massnahme, von der B. behauptet, dass sie unerlässlich sei für jede Ovariotomie, bei der man im Verlauf der Operation annehmen darf, dass Blut oder Serum oder beides abgesondert werden würde, oder wo Cystenflüssigkeit in die Bauchhöhle gelangt ist. Als Beleg giebt er ausführlich 5 eigene Ovariotomien wieder, die den Werth der Drainage beweisen. Mit Bezug auf die Ausführung derselben verwirft B. die Methode von Marion Sims, da das Rohr leicht unwegsam werde und nicht vor Putrescenz schütze; Sims' eigene Erfahrungen seien nicht besonders ermuthigend und das von Sims empfohlene zweiblättrige Speculum sei von ihm selbst nicht erprobt worden. Einen Schritt weiter that Köberle, der vom untersten Wundwinkel eine mit seitlichen Oeffnungen versehene Glasröhre in den Douglas'schen Raum einbrachte, nur sammelte sich die Flüssigkeit, da die Röhre auf ihrer ganzen Länge seitliche Oeffnungen trug, nicht in ihr an und es wurde der Luftzutritt zum Secrete und damit die Zersetzung desselben begünstigt. Deshalb empfahl Keith, die Röhre nur 1″ lang am unteren in der Bauchhöhle befindlichen Ende mit seitlichen Oeffnungen zu versehen, am oberen mit breiterem Rande zu arbeiten, um ein Hineinschlüpfen in die Bauchhöhle zu verhindern. Diese Röhre, die dem einzelnen Fall entsprechend verschieden lang und weit gewählt werden muss, wird durch die Bauchwunde so eingelassen, dass sie perpendiculär in den Douglas'schen Raum reicht, auf das trichterförmige äussere Ende wird ein in Carbolsäure (1 : 20 aq.) bewahrter, vorher ausgedrückter Schwamm gelegt und mit gleichmässigem Drucke das Abdomen eingewickelt; dieser gleichmässige Druck treibt das sich etwa ansammelnde Secret in die Röhre und dann nach aussen. Durchschnittlich schon nach 6 Stunden muss der erste Verband erneuert werden, später je nach der Secretionsthätigkeit. Bald wird das anfangs blutige Secret blasser und spärlicher, so dass es gar nicht mehr den Schwamm benetzt, dann kann das Drainrohr entfernt werden. Dieses geschieht meist am 4. oder 5. Tage, während Sims 2 bis 6 Wochen das Drainrohr liegen lassen musste. Eine ungelöste Schwierigkeit bleibt bei der Drainage weiterhin noch bestehen, partielle Ansammlungen nämlich z. B. zwischen Leber und

Bauchwandungen abzuleiten, welche leider ebenfalls septisch zum Tode führen können. **Pils** (Stettin).

Robert Battey. Extirpation of the functionally active ovaries for the remedy of otherwise incurable diseases.

(Transact. of the americ. gynaec. societ. 1876. Vol. I. p. 101—120.)

B. hat 1872 zuerst und bis 1876 im Ganzen 10 mal die Entfernung »normaler« Eierstöcke ausgeführt. Dabei wurde 3 mal nur das eine Ovarium, welches als das abnorm functionirende betrachtet wurde, weggenommen, 7 mal dagegen beide, um der Ovulation ein Ende zu machen und — wie man dies in Deutschland ausdrückt — den Climax zu anticipiren. —

Die Operation, für deren Berechtigung in jedem einzelnen Fall ein strenger Nachweis gefordert werden muss, ist nach B. indicirt bei allen schweren Krankheiten, die das Leben gefährden oder Gesundheit und Wohlbefinden untergraben, wenn man — während sie anderen Hülfsverfahren unzugänglich sind — vernünftiger Weise hoffen kann, sie durch Sistirung der Ovulation zu beseitigen.

Operationsmethode: Während B. die Entfernung zuerst durch die Bauchdecken vornahm, operirt er jetzt nur vom Scheidengewölbe aus und empfiehlt dies aus den verschiedensten Gründen. In Sims'scher Seitenlage, bei herabgezogenem Uterus wird das hintere Scheidengewölbe unmittelbar hinter der Gebärmutter mit der Scheere $1^1/_2''$ breit incidirt. Nach Stillung der übrigens sehr selten nennenswerthen Blutung durch Eiswasser und Torsion wird das Peritoneum eröffnet, und während ein Assistent die Beckenorgane von den Bauchdeken aus herabdrängt, ein Finger in den Douglas'schen Raum geführt und erst das eine, dann das andere Ovarium mittelst einer Zange in die Scheide gebracht und in eine Ligatur gelegt, dann mit dem Ecraseur langsam abgetragen. Keine Sutur, keine Ligatur. Die Nachbehandlung gewöhnlich auf Vaginalinjectionen beschränkt. Die Wunde schliesst sich sehr rasch.

Mortalität: Auf 10 Operationen kamen 2 tödtliche Ausgänge, und zwar in Fällen, die keinerlei operative Schwierigkeiten geboten hatten. (Exit. let. 1 Mal am 10. Tag in Folge von Perforation eines um den rechtsseitigen Operationsstumpf gebildeten Beckenabscesses in die Peritonealhöhle, das andere Mal am 3. Tage; keine Section). —

Wie oft durch die Operation der gewünschte Erfolg wirklich herbeigeführt und wie oft dadurch das Leiden beseitigt wurde, lässt sich aus B.'s Material nicht zur Genüge beurtheilen. Nur 3 Fälle sind in dieser Beziehung kritisch zu verwerthen. In dem 1. derselben hörten die bis dahin regulären Menses sowie alle Molimina sofort auf, im 2. cessirten die Menses, aber periodische Kopf- und Kreuzschmerzen blieben, im 3. verschwanden alle Molimina (Convulsionen, Beckenperitonitiden u. s. w.) und es traten unregelmässige, profuse

Uterinblutungen an Stelle der früheren vicariirenden Blutabgänge aus Magen, Lunge, Nase, Mastdarm ein.

Der Gegenstand ist wichtig genug, um bezüglich der einzelnen Fälle ausdrücklich auf das Original zu verweisen. Nur von einem Fall (VIII) möchte Ref. speciell bemerken, dass gegen die Operation die ernstesten Einwände erhoben werden können; namentlich gilt dies bezüglich der Zeit und der Art der Ausführung.

Schliesslich muss betont werden, dass diejenige Indication für die besprochene Operation, nach welcher dieselbe in Deutschland (Hegar) seit einem Jahr mehrfach mit gutem Erfolg ausgeführt wurde — nämlich als ein Ersatzmittel für die gefährlichere Hysterotomie bei unstillbaren Metrorrhagien in Folge von Fibromyomen — von B. nicht erwähnt wird; bei den Patienten von B. handelte es sich am häufigsten um ovarielle Dysmenorrhoe, zumal mit epileptiformen Anfällen, auch wohl mit recidivirenden Beckenabscessen, und um ovarielle Neuralgie. **Löhlein** (Berlin).

O. Küstner. Das Adenom und die Granulationsgeschwulst am Nabel der Kinder.

(Virchow's Arch. LXIX. p. 286.)

Bei Untersuchung von 10 Fungi umbilicales fand K. 2 Mal eigenthümliche Tumoren mit Drüsen — Adenome. Die 8 anderen waren Granulationsgeschwülste. Die Adenome zeigten auf dünnem Durchschnitt radiäre Streifung, welche sich von der Peripherie aus ein Stück in den Tumor hineinerstreckte und welche durch zahllose, tubulöse, meist einfache, selten am Grund gabelig getheilte Drüsen erzeugt wurde, welche mit einem gleichmässig angeordneten Cylinderepithel ausgekleidet waren. Der centrale Theil des Tumors stellt eine vollkommene Tunica muscularis (glatte Muskelfasern) dar. An den grösseren Tumoren waren statt der Cylinderzellen zweifellose Becherzellen, besonders in den grösseren Drüsen, so dass die Oberfläche der Tumoren bis auf die ungleichmässige Länge der Drüsen fast täuschend wie die des Dickdarms aussah. Während K. früher die Drüsenbildung auf den Nabelgeschwülsten als Reste der Urachusschleimhaut ansah, vermuthet er jetzt, besonders nach Ahlfeld's Befunden, dass die Drüsen mit der Persistenz des Dotterganges in irgend welchem genetischen Zusammenhange stehen. Auch klinisch lässt sich ein Unterschied zwischen den Granulomen und den Adenomen des Nabels erkennen. Die Granulomstiele bluteten nach Abtragung des Tumors wenig oder gar nicht, sie gehörten Kindern an, die das Alter von 5 Wochen nicht überschritten hatten und bildeten sich sehr schnell. Die Adenome wurden stets mit grösserer, wenn auch nicht wesentlicher Blutung abgeschnitten. In beiden Fällen waren die damit behafteten Kinder bereits 3 Monat alt. Die Geschwülste entstanden hier sehr allmälig. **Madelung** (Bonn).

Kolaczek. Kritisches zu den sogenannten Adenomen (Küster) am Nabel der Kinder.

(Virchow's Arch. LXIX. p. 537.)

K. hält die von Küstner beschriebenen Adenome des Nabels mit den von ihm selbst beschriebenen Entero-Teratomen für identisch, verwirft die Berechtigung, solche Geschwülste Adenome zu nennen und erklärt sie als partielle Prolapse des zufolge einer Bildungshemmung noch bestehenden Ductus vitello-intestinalis durch den nicht zur Vernarbung kommenden Nabelring, mit geringer Hyperplasie aller den Dottergang bildenden Elemente. Uebereinstimmend mit K. sah er die Granulome bei ganz jungen Kindern, die genannten Prolapse bei einem Kinde von $1^1/_2$ Jahr und bei einem Kinde von 4 Jahren. **Madelung** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Radcliffe. Two cases of right lateral facial paralysis, probably due to venereal disease.

(Philad. med. Times 1877. No. 256.)

Fall 1. Ein kräftiger Mann von 32 Jahren, welcher vor längerer Zeit sich syphilitisch inficirt hatte, bekam Ptosis des rechten unteren Augenlides, Injection der Conjunctiva und Paralyse der rechten Gesichtshälfte, namentlich der Kaumuskeln. Sensibilität rechts ebenfalls etwas herabgesetzt. Jodkali mit Zusatz von Extr. nuc. vomic. sowie faradische Electricität führten in 5 Wochen zur Heilung.

Fall 2. Ein 32jähriger an Haemorrhoiden leidender Mann bekam Entzündung des Blasenhalses, Blasenkatarrh, Prostatitis, Schmerzen in der Lumbargegend und in der Lendenwirbelsäule. Er wurde sehr nervös, reizbar und nach längerer Zeit impotent. Dann stellte sich eine in 4 Tagen sich ausbildende Paralyse des rechten Facialis ein. Behandlung: Blasenpflaster, Fomentationen etc. an die Wirbelsäule, Anwendung des faradischen Stromes für den Facialis und innerlich Copaivabalsam und Eisen. (Pat. hat früher Gonorrhoe gehabt.) Nach einigen Wochen war die Facialisparalyse geheilt, nach 2 Monaten verschwand die Impotenz, sowie der Blasenkatarrh und die Prostatitis. Es handelte sich in diesem Falle wohl nicht um Syphilis, vielleicht um eine Reflexparalyse.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Truyts. Otite suivi d'abcès encysté du cerveau.

(Arch. méd. belges 1877. October. p. 252.)

Ein Soldat, welcher seit 6 Wochen an linksseitiger Otorrhoe litt, bekam Schmerzen in der Gegend des Proc. mastoid. Langsamer Puls und Erbrechen ohne Fieber. Pat. verfiel rasch, die Kopfschmerzen wurden heftiger, das Sprechen unzusammenhängend; die linke Pupille etwas verengert. Es trat Coma ein und Pat. starb vierzehn Tage später. Die Section ergab Beimengung von Eiter in der Arachnoidealflüssigkeit; in der linken grossen Hemisphäre ein Abscess, welcher mit dem linken Seitenventrikel communicirte. Veränderungen in den Hirnhäuten entsprechend dem linken Os temp. fehlten; letzteres nicht cariös.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Reynolds. Otitis media purulenta, mastoiditis and pyaemia.

(Pathol. soc. of Philadelphia. Phil. med. Times 1877. No. 255. p. 570.)

Der 30 Jahre alte Pat. berichtet, seit 11 Tagen an intensiven Schmerzen des rechten Ohres zu leiden; es trat ein gelber, seröser, übelriechender Ausfluss zu Tage

mit Schmerzen, die nach vorn zur Augenbraue, nach hinten zum Processus mastoid. ausstrahlten. Letzterer auf Druck sehr empfindlich. Das Trommelfell war zerstört; die Mastoiditis nahm zu. Daher Perforation des Proc. mast., welche dicken gelben Eiter lieferte. Es trat Erleichterung ein, am 3.—5. Tage jedoch kam Wundfieber bis zu 39,1, welches bald nachliess, so dass Pat. am 10. Tage das Bett verliess. An demselben Abend kam ein Schüttelfrost mit 40°,4. 5 Tage darauf Tod an metastatischer Pyaemie. Thrombose der Venen oder des Hirnsinus fehlte. Am Os tempor. zeigte sich keine Nekrose, an der Aussenfläche des Proc. mast. hatte sich eine 1/2" dicke Hyperostose gebildet.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

L. Heydenreich. Fall eines Fremdkörpers im äusseren Gehörgang, welcher nervöse Reflexerscheinungen — Reflexhemicranie — hervorrief.

(Arch. für Augen- und Ohrenheilkunde Bd. VI. Theil 1.)

Die Hemicranie begann im 5. Jahre nach dem Eindringen des Fremdkörpers (Sonnenblumensamen) und traten unter Hitze und Kälte anfallsweise Schmerzen auf und zwar jeden Monat ein Mal mit einer Dauer von 2—7 Tagen. Der Fremdkörper konnte (9 Jahre nach seinem Eindringen) leicht entfernt werden; die halbseitigen Kopfschmerzen kehrten seit der Operation nicht mehr wieder.

Th. Kölliker (Würzburg).

Benoit et Monteils. Hyperthrophie extraordinaire des mamelles chez une fille de 16 ans. — Résolution spontaneé après plusieurs grossesses.

(Annal. de Gynécologie VIII. p. 151; nach Montpellier médical 1877. Juni.)

Die Kranke zeigte im Jahre 1861, als 16jähriges Mädchen, eine ganz ausserordentliche Hypertrophie der Brüste, welche sich im Lauf von 18 Monaten ausgebildet hatte: die linke Brust hatte 94, die rechte 105 cm Umfang, jene reichte 13, diese 8 cm unter den Nabel herab. Die proponirte Abtragung wurde von der Kranken ausgeschlagen. Acht Jahre war ihr Zustand unverändert geblieben, als sie sich (1869) verheirathete. Von nun an begann eine Verkleinerung der Organe, und jetzt nach 3 überstandenen Schwangerschaften haben dieselben — im Gegensatz zu der gewöhnlichen Erfahrung — ihr abnormes Aussehen eingebüsst und werden leicht vom Corset aufgenommen.

Löhlein (Berlin).

Heynold. Ein Fall von Luxation und Fractur des 6. und 7. Halswirbels, verbunden mit ungewöhnlich niedrigem Temperaturabfall.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 39.)

Ein Bergmann war 8 Meter hoch auf den Kopf herab gestürzt. Das Bewusstsein war erhalten, aber die Sprache stockend, grosse Athemnoth und ausgedehnteste Lähmung vorhanden. Die Haut des Nackens zeigt zwei Querfalten, dieser selbst ist sehr verkürzt. Oberhalb des 7. Halswirbels findet sich in der Gegend des 6. Halswirbels eine plötzliche Vertiefung; daselbst zeigt sich Crepitation; Fractur und Luxation der Wirbel werden als Ursache angenommen; Repositionsversuche bleiben jedoch vergeblich. Die Herztöne lassen eine deutliche Pause zwischen sich, Pulsfrequenz 40—44 in der Minute; Respiration unregelmässig und oberflächlich, so dass die Frequenz nicht gezählt werden kann. Der Penis ist erigirt. Die Anästhesie weit ausgebreitet. Die Temperatur war Anfangs bis auf 30°,6 gesunken und stieg binnen ein und einem halben Tage auf 39°, wobei der Tod eintrat. Die Obduction ergab völlige Luxation des 6. Halswirbels nach vorn, Absprengung seines Proc. spin. und Durchspaltung des 7. Halswirbelkörpers; die Medulla spinalis daselbst zerquetscht.

v. Mosengeil (Bonn).

Kosiński. Ein besonderer Fall von Nierenstein.

(Medycyna 1877. No. 13. polnisch.)

Ein 38jähriger Kaufmann, der infolge eines Falles auf den rechten Oberschenkel durch etliche Wochen das Bett hüten musste, bekam gegen Ende der 5. Woche bedeutende Schmerzen im rechten Hypochondrium. Es wurde Perity-

phlitis diagnosticirt, nachdem aber zu den früheren Symptomen ein bedeutendes Fieber und leichtes Blutharnen hinzugetreten waren, lautete die Diagnose auf: Abscessus hepatis, Peritonitis, Typhlitis stercoralis, Nephritis acuta parenchymatosa und Pneumonia hypostatica. An der Stelle der deutlichsten Fluctuation wurden die Bauchdecken schichtenweise angeschnitten, aber anstatt des gehofften Eiters entleerte man eine grosse Masse einer röthlichen, ammoniakalisch riechenden Flüssigkeit, die sich als Harn erwies. — Durch die genannte Wunde entleerten sich weiterhin täglich gegen 600 ccm Harn, der immer mehr mit Eiter gemischt erschien. Grosse Prostration — Tod. —

Bei der Section fand man in beiden Nieren entzündliche Erscheinungen; ausserdem in der linken einen aus Uraten und Phosphaten zusammengesetzten Stein, der die Möglichkeit zuliess, dass die auf der rechten Seite vorgefundene Abscedirung auch durch einen solchen Stein hervorgerufen worden war.

Obaliński (Krakau).

Mills. Traumatic neuritis involving the brachial plexus.

(Philad. med. Times 1877. Nr. 255. p. 564.)

Ein 32 Jahr alter an Epilepsie leidender Mann wurde von einem Treibriemen gefasst und erhielt 1) eine Fractur über dem linken Handgelenk, 2) eine solche in der Mitte desselben Vorderarms und eine dritte nahe unter dem linken Schultergelenk. Er behielt eine Lähmung des Armes zurück. Der Oberarm war von 2″ über dem Ellenbogen nach aufwärts bis über die Schulter und bis an die rechte Seite der Wirbelsäule hyperaesthetisch und schmerzhaft, der Vorderarm anaesthetisch. Electrische Contractilität gut. 3. u. 4. Dorsalwirbel schmerzhaft auf Druck. Bromkali, Jodkali, Hydrarg. bichlor., Blasenpflaster an der Wirbelsäule, Glüheisen halfen nichts. Galvanisation verringerte zeitweise die Schmerzen. Erst eine Inunction mit Ungt. ciner., Jod und Belladonna führten zur vollständigen Heilung. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

A. Grimm. Drei Fälle von deform geheilten Oberschenkelfracturen und deren Heilung durch Osteoklase.

Prager med. Wochenschrift 1877. No. 45. Aus der chir. Klinik des Prof. v. Heine.)

In den drei von G. beschriebenen Fällen war die Verkürzung der Extremität eine sehr bedeutende, die Heilung durch Osteoklase eine vollständige, nach 6—8wöchentlicher Heilungsdauer. Das Verfahren wurde auf folgende Weise ausgeführt. Ueber eine längs der Innen- und Aussenseite der Extremität verlaufende nasse Bindenschleife, die die Fusssohle steigbügelartig umgiebt, wurde eine Einwicklung der Extremität mit nassen Binden bis zur Bruchstelle gemacht, der Kranke auf das Heine'sche Stativ gelegt und durch die Bindenschleife und eine über das Perinäum laufende Contraextension mit dem Schneider-Mennel'schen Apparat in Verbindung gebracht. Während extendirt wurde, wurde der vorspringende Winkel des Bruches mittelst des Rizzoli'schen Osteoklast gebrochen. Nachdem das Bein völlig gerade gestreckt war, wurde der Kranke in einen Extensionverband gelagert. Um den schädlichen Druck des Osteoklastes zu vermeiden, wurden trockene feine Badeschwämme zwischen ihn und die Bruchstelle gelegt. Der Erfolg war in den 3 Fällen ein vollständiger, die Verkürzung gänzlich gehoben.

Urlichs (Würzburg).

G. A. Mursick. Report of two cases of amputation through the knee-joint with remarks.

(Bost. med. and. surg. Journ. 1877. Vol. II. p. 98.)

Wegen chronischer Erkrankung des Unterschenkels hat Verf. die Extarticulation im Kniegelenk mit Cirkelschnitt 1 Mal bei einem 15jährigen Knaben mi) Wegnahme der Patella, das andere Mal bei einem 11jährigen Knaben wegen schwerer complicirter Comminutiv-Fractur mit Erhaltung der Patella ausgeführt. Schnelle Heilung, guter Stumpf. Verf. meint, für die Güte des Stumpfes sei die Erhaltung oder Wegnahme der Patella gleichgültig. Die Lebensgefahr sei grösser bei Amputationen im Oberschenkel; die Neigung zu Osteomyelitis und Pyämie

mit ihren Folgen geringer bei der in Rede stehenden Operation, als bei Amputationen im Oberschenkel oder im Unterschenkel am Orte der Wahl. Daher solle man, wenn die übrigen Verhältnisse gleich seien, von Amputationen durch Röhrenknochen in der Nähe von Gelenken — mit Ausnahme des Ellenbogengelenks — abstehen und im Gelenke operiren. (Gewiss wird Verf. für seine Ansichten nicht den Anspruch auf Neuheit erheben. Red.)

Pilz (Stettin).

Entgegnung: In meinem Aufsatz: »Die antiseptische Punction der Gelenke etc.« (d. Zeitschrift 1877 No. 49. u. 50) habe ich die erste Auflage von Hüter's »Klinik der Gelenkkrankheiten« 2 Mal citirt, nicht um die heutige Ansicht H.'s über dieses Thema damit zu bezeichnen, sondern lediglich um darzuthun, wie man noch vor wenigen Jahren über die Arthropunction urtheilte. Dass Herr Professor Hüter, wie überhaupt jeder Chirurg, seine Ansichten hierüber seitdem erheblich verändert hat, weiss ich sehr wohl.

Auf Seite 794, wo ich von der Scheu der älteren Autoren vor Gelenkeröffnungen vor Einführung der Antisepsis spreche, heisst es Zeile 2 von unten: »Noch in der ersten Auflage[1]) seiner Klinik der Gelenkkrankheiten sagt Hüter, dass er er niemals eine Jodinjection in die Gelenkhöhlen gewagt und sich überhaupt nur in den hartnäckigsten Fällen von Hydarthros zur Punction entschlossen habe.« Wenn ich den Satz eröffne mit: »Noch in der ersten Auflage«, so erhellt daraus unzweideutig, dass ich eben eine Zeitbestimmung machen wollte, dass ich zeigen wollte, wie sehr die Ansichten Hüter's vom Jahre 1870 schon antiquirt seien. Wer diesen Satz im Zusammenhang mit dem Vorhergehenden betrachtet, kann ihn nicht anders auffassen.

Das 2. Citat (S. 827) lautet: »Bis jetzt haben wir die besten Erfahrungen damit (mit der Punction) gemacht, so dass wir den **früheren** Satz Hüter's, man solle Angesichts der Gefahren der Arthropunction lieber auf langsamerem Wege zwar nicht cito aber tuto fortzuschreiten suchen etc.« Dass ich weit davon entfernt war, mit diesen Worten über die **jetzigen** Ansichten Hüter's über Arthropunction zu urtheilen, darüber brauche auch ich kein Wort zu verlieren.

Im Uebrigen sind in meiner Publication weder irgend welche Prioritätsansprüche erhoben, noch ist überhaupt die Frage, wer zuerst Carbolauswaschungen von Gelenken in unserem Sinne gemacht hat, erörtert worden. Mein Aufsatz hat vielmehr ausgesprochenermassen nur den Zweck, durch Veröffentlichung unserer Resultate der Punction eine grössere Verbreitung zu verschaffen. Dies geht deutlich aus den Worten (S. 795 Zeile 28 ff.) hervor: »Ist die kleine Operation auch durchaus nichts Neues mehr, so wird sie doch unseres Erachtens immer noch nicht nach Gebühr gewürdigt und verdient eine weit allgemeinere Verbreitung.«

Durch diesen ausgesprochenen Verzicht auf die Priorität und weil ich nur unsere Erfahrungen mittheilen wollte, glaubte ich mich aber berechtigt, ebensowohl die Anführung der jetzigen Ansichten Hüter's unterlassen zu dürfen, wie ich es nicht ausdrücklich erwähnte, dass Volkmann, König, Küster u. A., namentlich aber ersterer, die Arthropunction in der von mir beschriebenen Weise seit längerer Zeit anwenden. Endlich scheint mir die Uebereinstimmung der in meinem 6. u. 7. Satz ausgesprochenen Ansichten mit denen des Herrn Prof. Hüter keineswegs eine ganz vollkommene zu sein, und kann ich in dieser Hinsicht den Leser nur auf den Vergleich der betreffenden Passus verweisen.

F. Rinne (Berlin).

[1]) Im Original nicht gesperrt gedruckt.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. Dr. M. Schede, in Berlin. Dr. H. Tillmanns in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. Sonnabend, den 19. Januar. 1878.

Ein Fall von Sehnennaht.

Mitgetheilt von

Stabsarzt a. D. Dr. **J. Pauly** in Posen.

Am 13. Sept. 1876, früh 10 Uhr, wurde mir der $7^3/_4$jährige Albert Kärnlein aus Luban zugeführt, welcher den Abend vorher von einem Ernteheuwagen hinten herunter in eine querliegende Sense gefallen war. Der linke Fuss zeigte eine vom hinteren Rande des äusseren Knöchels beginnende, nach oben bis 8 cm über die Ferse aufsteigende 10 cm lange Lappenwunde, die am inneren Knöchel endete. Haut und Achillessehne sind quer durchschnitten und die hintere Gelenkkapselwand eröffnet (wie weit ist nicht notirt; ich erinnere mich aber, den Gelenkknorpel gesehen zu haben).

Als ich nun, um zunächst die Sehnenwunde zu schliessen, das untere Ende der Achillessehne aufsuchte, erwies sich das kaum zolllange untere Stück mit einem Theile des Fersenhöckers so abgetrennt, dass es nur noch am Periost hing.

Ich wusch nun die Wunde mit Carbolwasser aus und nagelte mit einem gewöhnlichen Zimmernagel in Narkose das Fersenhöckerstück unter Spray an den Calcaneus, und vereinigte den nunmehr fixirten unteren Sehnenstumpf durch 10 abwechselnd ferne und nahe Catgut-Nähte mit dem oberen am Muskel befindlichen Sehnenstück, während der Fuss in Pes-equinus-Stellung gehalten wurde. Hinter die vereinigte Sehne, deren Nähte mehrmals ausrissen, wurde ein Drainrohr geschoben; alsdann die Haut mit carbolisirter Seide genäht und ein correcter Lister-Verband angelegt, endlich der Fuss auf eine in heissem Wasser improvisirte Guttapercha-Schiene in Pes-equinus-Stellung befestigt. Heilung erfolgte per primam bis auf eine Hälfte der Hautwunde. Zwei- bis viertägiger Verbandwechsel. Vertauschung der durchgehenden Drainröhre mit 2 kurzen Stücken. Entlassung nach 19 Tagen.

Der Befund 1 Jahr später war folgender. Halbmondförmige, am Innentheil etwas wulstige Narbe, deren höchster Punkt 6 cm über der Ferse liegt. Haut und Sehne verwachsen. Keine Sehnennarbe fühlbar. Fersenhöcker etwas verdickt; ein Minimum Valgus-Stellung; linker Unterschenkel eine Spur magerer, als rechts. Function durchaus normal; keine Spur einer Bewegungsstörung.

A. Budge. Die Saftbahnen im hyalinen Knorpel.

(Arch. für mikroskop. Anatomie Bd. XIV. p. 65—73.)

M. Fürbringer. Ueber das Gewebe des Kopfknorpels der Cephalopoden.

(Morphologisches Jahrbuch Bd. III.)

A. Nykamp. Beitrag zur Kenntniss der Structur des Knorpels.

(Arch. für mikroskop. Anatomie Bd. XIV. p. 491.)

B. beschäftigt sich mit der viel ventilirten Frage, ob dem Knorpel Saftbahnen zukommen oder nicht. H. Müller war der erste, welcher an den Knorpelkapseln im Hundeohre in exquisiten Fällen eine feine, radiäre Streifung wahrnahm, die er als Porencanälchen deutete. Verschiedene Autoren sind für und gegen das Vorhandensein von darstellbaren Saftcanälchen im Knorpel eingetreten. B. hat nun ebenfalls versucht, durch Injectionen die Ernährungswege des Knorpels zur Darstellung zu bringen. Alle directen Einstiche in die hyaline Knorpelsubstanz mittelst der Nadelkanüle, Anbohrungen etc. führten zu keinem Resultate, dagegen gelang es B. durch folgende Methode die Knorpelzellen mit löslichem Berlinerblau zu füllen und zwischen den einzelnen Kapseln ein sehr feines, blaugefärbtes Netzwerk darzustellen, welches nach B. wahrscheinlich die erweiterten präformirten Canälchen wiedergiebt. Die Oberfläche eines Gelenkknorpels von einem Kalbfussknochen wurde mit einem scharfen Rasirmesser abgetragen, um eine frische und glatte Fläche zu erhalten. Um den Knochen wurde eine weite Gummiröhre in der Weise gelegt, dass

die so präparirte Knorpelfläche in's Lumen der Röhre hineinsah. Die Röhre wurde fest an dem Knochen zusammengebunden, mit löslichem Berlinerblau gefüllt und mit einem Quecksilberdruckapparat (7—8 cm Hg. 1—2 Tage lang) in Verbindung gebracht. —

Sodann gelang es B., den Zusammenhang dieser Saftbahnen des Knorpels mit anderen Lymphgefässen nachzuweisen: bei der Injection der periostalen Lymphgefässe brachte B. das bekanntlich nicht imbibirende lösliche Berlinerblau bis in die der Verknöcherungsgrenze benachbarten Knorpelkapseln. In einer 3. Versuchsreihe gebrauchte B. endlich als Injectionsmassen Lösungen von Asphalt in Chloroform, oder in Terpentin, oder in Benzol. Auch hier gelang es an Kalbsfüssen, Hammelfüssen, Fröschen und Schildkröten und zwar an den Uebergangsstellen von Sehnen und Synovialmembranen in Gelenkknorpel die näher gelegenen Knorpelkapseln in obiger Weise zu füllen; bis zum eigentlichen Gelenkknorpel vorzudringen, gelang B. nicht, ebenso wenig konnte er die Wege constatiren, welche die Injectionsmasse bis zu den Kapseln genommen hatte; durch Behandlung (2—3 Tage) mit Eisessig wurden allerdings die vorher glatt conturirten, mit Asphalt gefüllten Knorpelkapseln zackig (wie Riffzellen), welches B. als Ausdruck vorhandener feinster Saftcanälchen aufzufassen geneigt ist.

F. hat den Kopfknorpel der Cephalopoden einer erneuten Untersuchung unterzogen. Bekanntlich besteht derselbe aus sternförmig verästelten, isolirten, oder durch Anastomosen zusammenhängenden Zellen, die durch eine homogene oder streifige Zwischensubstanz getrennt sind. F. untersuchte vorzugsweise die peripheren, d. h. jüngeren Knorpelschichten, welche sich aus spindelförmigen, linsenförmigen oder ovalen Zellen zusammensetzen und isolirt und ohne Ausläufer (bei der Untersuchung ohne Reagentien) sind, oder nur kurze Fortsätze zeigen. Mittelst Methylgrün, wasserlöslichem Eosin, und einer besonderen Combination von wasserhaltigem Alkohol mit Nelkenöl und Canadabalsam gelang es F., wenn er die mit Hämatoxylin gefärbten und ausgewässerten Schnitte der successiven Einwirkung der drei genannten Reagentien aussetzte (cfr. Original), ein reiches System regelmässiger Ausläufer an den spindelförmigen oder ovalen Zellen zu constatiren, einfach oder verästelt mit denen der benachbarten Zellen anastomosirend. Das Bild dieser Knorpelzellen ist dem der Knochenzellen vollständig analog, die Poren der Knorpelkapseln resp. die Fortsätze sind denen der Knochenkörperchen etc. gleich zu achten. —

N. bestätigt die in einer faserigen Grundsubstanz liegenden, mit ramificirten, unter einander communicirenden Ausläufern versehenen Knorpelzellen im Cephalopodenknorpel. Mit Hülfe von 5 % neutralem chromsaurem Ammoniak (Knorpelschnitte einige Tage darin liegen lassen) gelang es N., auch im Säugethierknorpel die Knorpelzellen durch feinste Canälchen mit einander verbunden zu sehen und die von Ref. zuerst nachgewiesene faserige Structur der hyalinen Knorpelgrundsub-

stanz zu beobachten, besonders nach 3—4 tägiger Behandlung mit Kal. bichrom. — Unter Leitung von Cohnheim hat nun N. versucht, durch Selbstinjection bei Fröschen, Hunden und Kaninchen diese Knorpelcanälchen zu füllen. So wurde Fröschen 1 g einer durchaus gesättigten Indigocarminlösung in den Rückenlymphsack injicirt, Hunden und Kaninchen 1 bis 2 g indigoschwefelsaures Natron in die Bauchhöhle gebracht u. s. w. Sehr rasch wurde das eingeführte Mittel aufgenommen (z. B. 1/4 Stunde später zeigte sich blaugefärbte Nickhaut der Frösche, nach 10 Min. blauer Urin der Kaninchen), N. erzielte bezüglich der Saftcanälchen im hyalinen Knorpel im Wesentlichen dieselben Resultate, wie die oben von Budge mitgetheilten.

H. Tillmanns (Leipzig).

H. Tillmanns. Ueber die fibrilläre Structur des Hyalinknorpels.

(Arch. für Anat. u. Physiol. 1877. Anatom. Abtheil. Hft. 1. p. 9.)

Anknüpfend an seine schon früher ausgesprochene Ansicht (s. Beiträge zur Histol. der Gelenke, Arch. für mikroskop. Anat. Bd. X. p. 434), dass die Homogenität der hyalinen Knorpelgrundsubstanz nur scheinbar, dieselbe in Wirklichkeit vielmehr aus Fibrillen mit einer Kittsubstanz zusammengesetzt sei, theilt Verf. die Resultate einer neuen Untersuchungsmethode mit, die diese Behauptung vollständig bestätigen. Er unterwarf den Hyalinknorpel der von Kühne angegebenen Trypsinverdauung, und zwar je nach der Stärke der Lösung 1—4 Tage. — Das Trypsin löst bekanntlich bei neutraler und alkalischer Reaction Mucin und elastische Substanz auf, collagene Fibrillen aber nicht. — Die verdauten Schnitte wurden dann entweder 1—2—6 Tage in 10 % NaCl-Lösung, oder in Kal. hypermang. gelegt, oder können auch, besonders nach Verdauung mit concentrirter Trypsinlösung, gleich benutzt werden. Falls die fasrige Structur nicht sofort hervortritt, macht sie ein gelinder Druck auf das Deckgläschen oder auch zuweilen ein leichtes Auseinanderzerren des Präparates sichtbar. Die Fasern sind parallel angeordnet, die häufigste Form, oder kreuzen sich unter einem verschiedenen Winkel, oder stellen endlich ein Netzwerk dar. Theilungen und Anastomosen der einzelnen Fibrillen und Fasern sind gleichfalls zu beobachten. Zellige Elemente sind gewöhnlich nicht zu sehen, die durch die Trypsinverdauung stark veränderten Kerne sind mehr oder weniger ausgefallen. Elastische Fasern sind nur an ungenügend verdauten Präparaten hervorgetreten. Nach diesen Befunden sieht Verf. den Hyalinknorpel als leimgebendes, fibrilläres Bindegewebe mit reichlicher mucinöser Kittsubstanz an; die Knorpelzellen sind ihrem Wesen nach gewöhnliche Bindegewebszellen, die in der Regel zu den Fasern, soweit T. bis jetzt feststellen konnte, in keiner näheren Beziehung stehen. Die Existenz von Saftcanälchen konnte Verf. nicht nachweisen. — Hinsichtlich der Lehre von der Knorpel-Verknöche-

rung stellt T. die Möglichkeit hin, dass vielleicht bei derselben der mucinöse Kitt durch Knochensalze ersetzt werde, während gleichzeitig die Knorpelfibrillen zu Knochenfasern werden könnten. Die Hauptschwierigkeit wäre hiernach die Frage nach der Entstehung der anastomosirenden Knochenkörperchen. Ueber die Epiphysen-Verknöcherung, sowie über die Saftbahnen des Knorpels stellt T. weitere Untersuchungen in Aussicht. **Pinner** (Freiburg i/Br.).

H. Helferich. Zur Lehre vom Knochenwachsthum.

(Archiv f. Anat. u. Physiol. 1877. Anatom. Abtheil. Hft. 2. p. 93.)

Um für die Frage, ob das Längenwachsthum des Knochens vom Intermediärknorpel ausgeht, oder ob es ohne Betheiligung desselben durch Expansion des spongiösen Diaphysenendes geschieht, entscheidende Resultate zu erhalten, hat H. folgende Versuche angestellt. Es wurde unter antiseptischen Cautelen der Intermediärknorpel des unteren Endes der Ulna von Kaninchen entfernt. Die Thiere, von denen keins an den Folgen der Operation zu Grunde ging, schonten die betreffende Extremität nicht, sondern sprangen nach dem ersten Tage wie gesund umher. Die Erscheinungen, welche als Folgen dieser Experimente auftraten, waren: zunehmende Verkürzung der operirten Ulna im Verhältniss zur gesunden, zunehmende Verkrümmung des Radius der operirten Seite, und endlich eine der ulnaren Verkürzung und radialen Verkrümmung entsprechende Ulnarflexion der Hand. Aus den im Text angeführten Messungen, die nach 8, 25, 39 Tagen und nach einem Jahr angestellt wurden, ergab sich, dass die operirte Ulna allmälig im Wachsthum zurückblieb, so dass sie nach Jahresfrist nur um 1,17 cm an Länge zugenommen hatte, die andere Ulna dagegen um 3,85 cm. Diese geringe Längenzunahme der operirten Ulna kommt aber auf Rechnung des Wachsthums ihres oberen Endes. Das operirte Knochenende zeigt vollständigen Wachsthumsstillstand. Zum Beweise wurden in die Diaphyse und die Epiphyse der linken Ulna zwei Stifte in einer Entfernung von 0,55 cm eingesenkt, während auf der rechten Seite der untere Intermediärknorpel exstirpirt wurde. Nach 10 Monaten wurde das Thier getödtet. Rechts betrug die Länge der Ulna 4,06 cm, links 6,15 cm, die festsitzenden und nicht schief gestellten Stifte waren hier 2,6 cm von einander entfernt. Es bleibt also die rechte Ulna um 2,09 cm im Wachsthum zurück, eine Grösse, die durch das Auseinanderrücken der Stifte von 2,05 fast gedeckt wurde. Dass die Verkürzung nicht durch Störungen in der Expansion des Diaphysenendes in Folge der Exstirpation des Intermediärknorpels bedingt war, zeigte Verf. dadurch, dass nach Excision eines Stückes aus dem spongiösen Diaphysenende der Ulna von der Breite des Epiphysenknorpels eine geringe Verkürzung gesetzt wurde, die sich aber mit der Zeit wieder ausglich. Als Ursache der Verkrümmung des Radius wird einerseits die Festigkeit der Operationsnarbe als ein

das Wachsthum desselben hinderndes und seine Verkrümmung bedingendes Moment, andererseits der Einfluss, den die Muskulatur des Vorderarms und der Hand ausüben, angegeben.

Pinner (Freiburg i/Br.).

J. C. Steele. Bericht des Guy's Hospital für das Jahr 1875.

(Guy's Hospital Reports 1876.)

Die Totalsumme der in der Station behandelten Kranken beträgt 5854, von welchen 5285 bis zu Ende, d. h. bis zu ihrer Entlassung oder ihrem Tode verpflegt wurden. 569 blieben noch im Hospital und werden in das Jahr 1876 mit hinübergenommen. Die Gesammtzahl der Todesfälle während des Jahres 1875 ist 560 oder 10,60% aller Fälle, welche bis zu dem einen oder anderen Endresultate behandelt wurden. Für medicinische Kranke beträgt die procentische Mortalität 16%, für chirurgische 6,55%.

Von den zahlreichen chirurgischen Fällen sind 928 oder 28% Verletzungen. Diese Zahl übertrifft die gleiche vom Jahre 1874 um 70. Von den Verletzten starben 95 oder ca. 10%.

Die Zahl der chirurgischen Operationen, welche aufgezeichnet wurden, überschreitet die Zahl 500 um ein Beträchtliches. Zieht man hiervon alle Explorativoperationen, Wiederholungen derselben Operation, Injectionen und Incisionen von Cysten oder Abscessen ab, so bleiben immerhin noch 452 grössere Operationen, von welchen 75 lethal endeten. Die Tabelle der Amputationen von Gliedmassen umfasst 67 Fälle; 45 genasen, darunter 2 Doppelamputationen.

Resectionen von Gelenken wurden 23 ausgeführt: 7 am Hüftgelenk (2 †, 1 ungeheilt), 15 am Knie (2 †, 4 ungeheilt), 1 am Ellenbogen, geheilt.

Herniotomie wurde ausgeführt in 23 Fällen mit 15 Heilungen; Ovariotomie in 10, mit 6 Heilungen; Lithotomie 8 Mal mit 6 Heilungen.

H. Lossen (Heidelberg).

Reginald Fitz. Rupture of the healthy Oesophagus.

(Americ. Journ. of the med. scienc. 1877. Jan.)

Ein Fall von Ruptur des gesunden Oesophagus, beobachtet in der Praxis des Dr. George O. Allen in Boston, veranlasste den Verf. genauere literarische Studien über Spontanrupturen der Speiseröhre anzustellen, welchen er den Allen'schen Fall an die Spitze setzt.

Die Beobachtung ist kurz folgende:

Ein 31jähr. Kaufmann, dessen Constitution durch langjährigen Alkoholgenuss etwas zerrüttet war, litt wiederholt an hartnäckiger Gastritis und hatte ein Jahr vor seiner letzten Krankheit einen Anfall von Delirium tremens. December 1875 heftige Gastritis, häufiges Erbrechen, immer mit Blut gemischt. Schlingbeschwerden niemals vorhanden. Eines Abends während des Essens heftige Dysphagie. Es

war ihm, als sei ein Stück Speise im Schlund stecken geblieben. Venöse Gesichtsfärbung, Respirationsbeschwerden fehlten. Nach Anwendung verschiedener Hausmittel wurde endlich 1 Stunde später unter den heftigsten Würgbewegungen ein Bissen Fleisch, 1 Zoll lang, $^1/_2$ Zoll breit, ausgeworfen. Ihm folgte eine mässige Menge theils geronnenen theils flüssigen Blutes. Unmittelbar nachher bemerkte der Wärter des Kranken eine Schwellung am linken Kieferwinkel, der sich alsbald eine gleiche an der anderen Seite zugesellte. Beide wurden durch eine am Isthmus faucium auftretende verbunden, die ihrerseits sich gegen den Kehlkopf hin verbreitete. Pat. war sehr erschöpft zu Bett gebracht worden, klagte über viel Durst, hatte übrigens bei dem Schlucken von Wasser weder Schmerzen noch Schwierigkeiten. Als Allen den Pat. sah, lag er ausgestreckt auf dem Rücken, Gesicht blass, grosse Angst in den Zügen, Augen geschlossen, Lider zitternd. Respiration fast normal, etwas beschleunigt. Puls 90. Haut feucht. Er klagte nicht, empfand aber an der linken Seite der Trachea auf Druck einen Schmerz, der sich auf eine Stelle dicht oberhalb der Clavicula concentrirte. Leichte Uebeligkeiten; seit Entfernung des Bissens einmaliges Erbrechen ohne blutige Beimischung. Die Anschwellung war auf beide Wangen fortgeschritten. Allen erfuhr, Pat. habe unter Anstrengung aller Muskeln und bei voller Inspiration den Bissen herausgeschleudert. — $^1/_4$ Gran Morphium.

2. Tag. Die Schwellung hatte während der Nacht zugenommen, hatte sich auf den Nacken, die Brust, die Arme und Hände ausgebreitet und wuchs noch fortwährend. Fingerdruck erzeugte eine Delle, die aber sehr rasch sich wieder ausglich. Pat. klagt über stechende Schmerzen, die bald im Rücken, bald an der rechten Seite auftraten. Puls 100, voll, Haut troken, heiss. Viel Durst. Häufiges Erbrechen mit Blut gemischt. Schlucken ohne Schwierigkeit. Ohne Hustenstösse wird fortwährend ein zäher, oft mit Blut gemischter Schleim ausgeworfen.

3. Tag. Der emphysematische Charakter der Anschwellung noch deutlicher. Fast der ganze Körper mit Hautemphysem bedeckt. Scrotum colossal geschwollen. Beim Fingerdruck das eigenthümliche Knistern.

Respiration ungehindert, nur etwas rascher.

4. Tag. Anfall von Delirium tremens. Emphysem nimmt an einzelnen Stellen ab.

5. Tag und folgende. Patient verfällt sichtlich, es treten krampfhafte Contractionen der Flexoren ein.

Tod $7^1/_2$ Tage nach dem Unfalle.

Section 48. St. p. mort. durch den Verf.

Subcutanes Zellgewebe des Nacken und der vorderen Stammregionen emphysematös, desgleichen das Mediast. ant. Herzmuskel verfettet. Linke Pleurablätter durch alte, jetzt emphysematöse Adhäsionen verklebt. Rechts waren die hinteren, seitlichen und unteren Lungenab-

schnitte durch frische Stränge angelöthet. In beiden Lungenspitzen käsige Knoten in Schwarten eingebettet. Lungengewebe oedematös. Brust- und Halsorgane werden zusammen herausgenommen. Vorn rechts unterhalb der Bifurcation der Trachea fand sich ein Längsriss der Speiseröhre von 2 Zoll Länge. Er drang durch alle Schichten des Rohres; seine Ränder waren scharf und zeigten weder makro- noch mikroskopisch Spuren einer Ulceration oder eines degenerativen Processes. Durch diese Oeffnung communicirte die Speiseröhre mit einem orangegrossen Raum im hinteren Mediastinum zwischen Trachea und Oesophagus. Der Abschnitt der Pleura, welcher die Höhle deckte, war mit der anliegenden Lunge durch frische Adhäsionen verklebt. In der Höhle selbst fand sich zersetztes Blut. Die Trachea, welche mit ihrer äusseren Wand der Höhle anlag, war hier verfärbt, sonst normal. Oesophagusschleimhaut von grünlichbrauner Farbe, Epithelien gelockert, im Uebrigen normal. Im Magen schwarzbrauner Inhalt. Scheimhaut im Zustande des chronischen Katarrhs. Milz geschwollen, Nierenparenchym trübe, Leber fettig entartet.

Verf. erklärt sich den etwas sonderbaren Fall folgendermassen: Bei einem jungen Manne ohne Strictur oder Ulcerationen des Oesophagus bleibt plötzlich ein Bissen in der Speiseröhre stecken. Die heftigen Anstrengungen, denselben herauszuwürgen, führen zu einer Ruptur der Luftwege, wahrscheinlich an der linken Seite und zu ausgebreitetem Emphysem. Zu gleicher Zeit oder etwas später entsteht bei dem Heraustreiben des Bissens eine Ruptur der Speiseröhre, welche erst bei der Section erkannt wurde.

Bei der Sichtung der einschlägigen Literatur schliesst Verf. mit Recht alle Fälle aus, in welchen durch eine Erkrankung der Speiseröhre selbst oder ihrer nächsten Umgebung Rupturen entstanden sind. Nur Fälle, in welchen eine vorher gesunde Speiseröhre in Folge einer plötzlichen Anstrengung geborsten, werden berücksichtigt.

Der älteste mitgetheilte Fall von Ruptur einer gesunden Speiseröhre ist der von Boerhave, referirt von van Swieten und von Lieutaud. Dann folgen Fälle von John Dryden, Chirurg in Jamaika, von Guersent, Bouillaud, Comley (referirt von King), Oppolzer, Meyer, Grammatzki und Charles. Die Krankengeschichten und Sectionsbefunde nebst sehr genauer Quellenangabe sind im Original nachzusehen. Hier sei nur bemerkt, dass Verf. nach kritischer Prüfung aller Fälle nur drei, die von Meyer, Allen und höchstens noch den von Grammatzki gelten lässt. Alle anderen werden als Leichenproducte zurückgewiesen. Verf. stützt sich hierbei hauptsächlich auf die von Hunter 1786 zuerst aufgestellte, von Elsässer und neuerdings von Hoffmann vertheidigte Theorie der Selbstverdauung des Magens und des unteren Endes des Oesophagus, welche theilweise schon vor dem Tode beginnen kann.

Nach Alledem ist die Ruptur einer gesunden Speiseröhre ein äusserst seltenes Ereigniss. Sie unterscheidet sich sehr von den Zer-

reissungen, welche direct durch Fremdkörper bedingt sind. Der Sitz der Spontan-Ruptur ist zwischen der Bifurcation der Trachea und dem Zwerchfell, in der Vorder- oder Seitenwand; der Riss verläuft stets in der Axe der Speiseröhre. Zwei Factoren genügen zu seinem Zustandekommen: ein Fremdkörper, der von dem Oesophagus umfasst wird und eine heftige Muskelaction, welche ihn vorwärts zu schieben sucht. Weder die heftigen Brechbewegungen noch die durch den länger verweilenden Fremdkörper erregte Entzündung der Wände sind zu beschuldigen. In allen 3 Fällen waren auch die Luftwege verletzt und ein Hautemphysem bedeckte grössere Körperstrecken. Die Diagnose ist immer schwierig, der Tod das Resultat der Verletzung. **H. Lossen** (Heidelberg).

A. Woelfler. Neue Beiträge zur chirurgischen Pathologie der Nieren.

(Arch. für klin. Chirurgie 1877. Bd. XXI. Hft. 4.)

W. theilt zuerst folgenden Fall von Exstirpation einer hydronephrotischen Niere mit, welche durch acute Peritonitis tödtlich endete. Bei einer 46jährigen Frau, die 8 Mal geboren hatte, entwickelte sich in 5 Jahren ein grosser cystischer Tumor der rechten Unterleibsseite, der alle Zeichen eines »Cystoovarium« darbot. Bei der Probepunction entleerten sich gegen 5 Liter einer dunkelbraunen, zähen, colloiden Flüssigkeit, durchaus dem Inhalte gewöhnlicher Ovariencysten ähnlich. Das Sediment enthielt nebst Blut- und Eiterkörperchen einige verfettete Zellenreste und eine Menge von Cholestearintafeln.

Nach der Eröffnung der Bauchhöhle und Verdrängung sich vorlegender Darmschlingen, zeigte sich die vordere Wand einer Cyste, eingebettet in das Mesenterium des Dick- und Blinddarms rechterseits und der Dünndarmschlingen linkerseits, überzogen von dem Peritoneum und ausserdem noch durch Adhäsionen befestigt, welche gegen das Colon ascendens und transversum hinzogen. Das Colon transversum umrahmte die Geschwulst. Die Cyste bot bei ihrer Lösung besonders an der inneren und hinteren Wand grosse Schwierigkeiten. Ein starkes, venöses Gefäss wurde unterbunden, ebenso gegen die Wirbelsäule hinziehende Stränge, welche sich stielartig zeigten. — In die Bauchhöhle wurden 7 Drainröhren eingeführt, ein Lister'scher Verband angelegt. — Pat. erlag am 3. Tage einer acuten Peritonitis.

Bei der Section zeigte sich u. a., dass die Art. und Ven. renalis sowie die Ven. spermat. intern. 5 resp. 7 cm weit von ihren Einmündungen durchschnitten und unterbunden waren. Der rechte Ureter war 22 cm über seiner Blasenmündung durchschnitten und von der Blase aus gut zu sondiren, nicht weiter verändert.

In den epikritischen Bemerkungen hebt Verf. die Schwierigkeit der Diagnose im vorliegenden Falle hervor. Es fand sich ferner bei

der näheren Untersuchung des Sackes die Ureterenmündung durch eine halbmondförmige Klappe verlegt, ähnlich einer kleinen Aortenklappe. Ausserdem zeigte sich, dem hydronephrotischen Sacke aufsitzend, eine faustgrosse, dickwandige und mehrere kleine Cysten. Reste des Nierenparenchyms liessen sich in der Wandung leicht nachweisen.

Der zweite Fall betrifft eine rechtsseitige Hydronephrose bei einer 40jährigen Frau, bei welcher der Tumor seit 11 Jahren bemerkt wurde. Die Diagnose konnte durch Palpation und Percussion, durch den stark eiweisshaltigen Urin, Abgang von Harnsand u. s. w. auf eine Nierencyste gestellt werden. Billroth machte die Operation durch Incision und nachfolgende Drainage. Die Bauchhöhle wurde durch eine 12 cm lange Incision in der Linea alba eröffnet, die Cyste durch Punction mit dem Troikart entleert. Die Cystenwandung, in der Ausdehnung von 10 cm eingeschnitten, wurde mit 8 Nähten an der Bauchwand befestigt. Nach der Operation stellte sich unstillbares Erbrechen ein. — Unter Erscheinungen der Somnolenz, später unter convulsivischen Zuckungen erfolgte am 11. Tage unter Collapserscheinungen der Tod. — Die Urinmenge schwankte in dieser Zeit zwischen 500—650 ccm, betrug am 1. Tage nach der Operation nur 350 ccm, am 8. Tage 400, am 9. Tage nur 200 ccm, in den letzten beiden Tagen wurde kein Urin entleert. — Am Tage vor der Operation war die Harnmenge 500 ccm mit circa 20,97 g festen Bestandtheilen, welche nach der Operation am 2. Tage 34,9, am 9. Tage nur 9,7 g betrugen, während die normale Ausscheidungsmenge der festen Bestandtheile gegen 70 g beträgt. Nach der quantitativen Bestimmung von Ludwig kam die Verminderung der festen Harnbestandtheile besonders auf Rechnung des Harnstoffs. — Bei der Section zeigte sich die Cyste nur mit dem Mesenterium des Colon descendens verwachsen, in ihrer sonstigen ganzen Ausdehnung aber nur lose verklebt oder ganz frei. Der sonst normale, vollkommen durchgängige Ureter inserirte sich an der hinteren Fläche mit einer spaltförmigen Vertiefung. »Die linke Niere war nicht vergrössert, in ihrer Substanz sichtlich geschwellt und gelockert«.

W. führt aus, dass die Pat. an Urämie gestorben ist, deren Ursachen sehr klar auseinandergesetzt werden. — Den Umstand, dass am Tage nach der Operation kein Eiweiss mehr im Urin zu finden war, sucht W. in zweifacher Weise zu erklären. Er nimmt an, dass einerseits der Cysteninhalt bei seiner freien Entleerung nach aussen nicht mehr in die Blase floss; dass andererseits das aus der linken Niere stammende Eiweiss nach der Operation wegen der enormen Herabsetzung des Filtrationsdruckes verschwand.

An diese Fälle knüpft W. sehr eingehende Bemerkungen über die Aetiologie und Therapie der Hydronephrose. Er führt zuerst aus, dass die chirurgisch wichtigsten Ursachen der Hydronephrose Steinbildung und das Vorkommen von Klappen am Ostium pelvicum des Harnleiters seien. Simon hat diese Klappen für

secundäre erklärt; während W. die Möglichkeit der secundären Entstehung für die Fälle von Simon, Baum u. s. w. zugiebt, bestreitet er die allgemeine Gültigkeit dieser Ansicht. Besonders hebt Verf. nach Untersuchungen, die er an 100 Harnleitern von Neugeborenen vom Nierenbecken bis zum Ostium vesicale gemacht hat, hervor, dass er dabei 20 Mal 1—5 mehr oder minder ausgeprägte Querfalten der Schleimhaut angetroffen habe. Sie fanden sich regelmässig und ausschliesslich 1 bis 1,5 cm vom Ostium pelvicum entfernt, 1 bis 5 mm von einander abstehend. Bei 10 Harnleitern waren die Falten zu prominenten, ringförmigen Klappen ausgebildet, welche den Ureter impermeabel, oder nur für die feinste Sonde durchgängig machten. Auch Englisch ist zu den gleichen Befunden gekommen. — Wegen der sehr interessanten weiteren Besprechung der Entstehung dieser Klappen u. s. w. verweisen wir auf das Original, ebenso wegen der Erörterung der anderen Ursachen der Hydronephrose.

Für die Therapie hebt Verf. mit Rücksicht auf den zweiten der mitgetheilten Fälle hervor, dass es vor der Operation von grösster Wichtigkeit ist, die Menge der festen Harnbestandtheile zu bestimmen. Eine Operation scheint nicht gerathen, wenn die festen Bestandtheile nicht die Hälfte der normalen Ausscheidungsgrösse erreichen. — Wenn die Cystenflüssigkeit klar, die Hydronephrose vielleicht eine angeborene und nicht allzugrosse ist, empfiehlt W. Punction mit nachfolgender Jodinjection. Bei Pyonephrosen könne nur die Eröffnung des Sackes behufs Obliteration und Exstirpation der Cyste in Betracht kommen. Die vorbereitende Doppelpunction hält W. nicht für nöthig. — In Bezug auf die Anwendbarkeit der beiden angegebenen Methoden spricht sich Verf. dahin aus, dass man zuerst den Bauchschnitt machen und die Cystenflüssigkeit entleeren soll. Dann versuche man die Exstirpation, und nur, wenn diese wegen zu fester Verwachsungen nicht möglich ist, soll man den Cystensack spalten und die Spaltränder mit Nähten an der Bauchwand befestigen. **Maas** (Freiburg i/Br.).

Hofmokl. Ueber traumatische Luxationen bei Neugeborenen.

(Wiener med. Jahrbücher 1877. Hft. 3.)

Den Grund für die grosse Seltenheit einer Luxation im Kiefergelenk des Neugeborenen findet H. in dem Umstand, dass der obern Gelenkfläche in der allerersten Lebenszeit ein Tuberculum articulare, welches dem Zurückgehen des Kiefers Widerstand leisten könnte, vollkommen abgeht. Beim Ellenbogen-, Schulter- und Hüftgelenk sind Hindernisse einer Luxation gegeben einmal in der relativ geringern Grösse des langen Hebelarmes im Verhältniss zum Erwachsenen, ferner in der Insertion der Kapselbänder an der noch knorpeligen, oder doch nur in geringer Ausdehnung verknöcherten Epiphyse, ein Moment, das natürlich das Zustandekommen einer

Epiphysenlösung mehr begünstigen muss. Beim Ellenbogengelenk speciell macht sich noch als Luxationshinderniss die relativ starke Entwicklung der Seitenbänder geltend. **Haek** (Freiburg i/Br.).

Kleinere Mittheilungen.

C. Hueter. Demonstration von Präparaten.

(Sitzung des V. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. — Discussion über Albuminurie und Fussgelenkresection bei Caries.)

1) Demonstration eines Präparats von Totalnekrose des Femur mit knorpeliger Ankylose des Kniegelenks.

Ein 14jähriger Knabe mit ausgedehnter amyloider Degeneration der Milz und Leber, mit Durchfällen, Albuminurie, Blasenkatarrh und Nierensteinen kam wegen ausgedehnter Nekrose und Vereiterung am Femur in die Greifswalder Klinik.

H. machte die hohe Oberschenkelamputation durch den Sequester hindurch, der bis zum Kniegelenk herabreichte. Das Kniegelenk zeigte sich durch knorpelige Ankylose verschmolzen. Der Apophysenkern des Condyl. externus zeigte sich enorm entwickelt; es hatte eine winkelig geheilte Lösung der Epiphyse stattgefunden, wodurch dieser Reizzustand des Apophysenkerns zu erklären ist. Der Kranke hat sich nach der Operation wesentlich erholt; das Eiweiss ist geschwunden, Milz und Leberschwellung sind zurückgegangen.

König wirft die Frage auf, ob durch rechtzeitige Operation bei schon bestehender amyloider Degeneration, noch Heilung des Allgemeinleidens zu erreichen sei. Er hat (in Uebereinstimmung mit einer Angabe Barwell's) gesehen, dass nach einer Exarticulation des Oberschenkels sowohl das Eiweiss aus dem Urin, als auch Leber- und Milzschwellung schwanden. Das Gleiche war bei einem Knaben nach Hüftgelenksresection der Fall.

Busch (Bonn) hat in einer Reihe von Fällen nach Amputationen Heilung des diagnosticirten Amyloids, und Schwinden des Eiweisses gesehen; Resectionen führt B. jedoch nicht bei bestehendem Amyloid aus, weil er dadurch mehrfach rapides Zunehmen des Leidens gesehen hat.

König meint, dass auch nach Auslöffelungen die Erscheinungen des Amyloids schwinden können.

Volkmann sah eine kleine Zahl von definitiver Heilung der Albuminurie, aber sehr oft Recidive bei scheinbar Geheilten. Bei nicht zu langer Dauer der Krankheit bringt Jodkalium fast stets das Eiweiss zum Schwinden. Mehrfach kehrte es nach Aussetzen des Mittels wieder, um bei neuem Gebrauch von Jodkalium wieder zu schwinden und so fort. Jedenfalls muss es lange fortgebraucht werden.

Fischer (Breslau) erinnert daran, dass Eiweissharnen bei chirurgischen Kranken häufiger auf parenchymatöse Nephritis zu beziehen ist, und dass das sicherste Kriterium für die Unterscheidung derselben vom Amyloid die Unheilbarkeit des letzteren ist, während die einfache Nephritis bei Kräftigung des Kranken und Abnahme der Eiterung schwindet. Leber- und Milzschwellung kommen bei parenchymatöser Nephritis noch häufiger vor, als bei Nierenamyloid.

Martini bestätigt die Häufigkeit des Zusammenbestehens von Leber- und Milzamyloid, mit parenchymatöser Nephritis. Heilung des Nierenamyloids ist nicht wahrscheinlich.

Hueter amputirt und resecirt Amyloid-Kranke und sah häufig das Eiweiss schwinden. Bestehn Durchfälle, so kann höchstens noch die Amputation nützen.

2) Demonstration eines Präparats resecirter Knochen des Fussgelenks.

Einem Mädchen von 25 Jahren, das seit 10 Jahren an Caries litt, wurde im December 1875 das Fussgelenk subperiostal resecirt, mit völliger Entfernung des

Talus und Auslöffelung des Calcaneus. Die erhaltene Schale des letzteren wurde von der Planta aus incidirt und drainirt. Die Heilung ging abgesehen von einigen Blutungen gut von Statten; eine kleine Fistel besteht noch. Pat. hat sich gut erholt, hat gute Beweglichkeit im Fussgelenk und geht leidlich gut. Der Fall ist von Interesse in Bezug auf die Frage von der Zulässigkeit der Fussgelenkresection bei Caries.

v. Langenbeck hat nach Fussgelenkresectionen wegen Caries bei Kindern und Erwachsenen oft schlechte Erfolge gesehen. Ein vorgestellter Knabe von 14 Jahren, dem vor 3 Monaten wegen halbjähriger Caries das Fussgelenk mit Auslöffelung von Talus und Calcaneus resecirt wurde, ist ein Beweis dafür, dass auch ein sehr gutes Resultat möglich ist. Ob die bestehende Beweglichkeit im Gelenk vortheilhaft ist, möchte v. L. noch dahingestellt sein lassen.

Volkmann hält die Frage von der Zulässigkeit der Resection bei Caries des Fussgelenks für eine noch offene; im Ganzen waren die Erfolge schlecht. Vor Allem muss man Caries bei Kindern und bei Erwachsenen auseinander halten. Caries bei Kindern ist oft ein circumscripter Process, der zu Nekrosenbildung und in der Umgebung zu reactiven Processen führt. Selten ist die Erkrankung diffus; die Neigung zu spontaner Heilung ist viel grösser, als bei Erwachsenen. Oft erhält man durch partielle Resection, ausgedehnte Auslöffelung und Extraction von Sequestern vorzügliche Resultate. Meist wird die Resection zu umgehen sein; ist sie nöthig, so sind die Chancen günstiger, als bei Erwachsenen. Es erklärt sich so das gute Resultat der beiden vorgestellten Fälle; in beiden begann die Erkrankung noch in den Kinderjahren (14. und 15. Jahr). Bei Erwachsenen dürften Amputationen, wegen ihrer vorzüglichen Resultate namentlich die Pirogoff'sche Osteoplastik, indicirt sein.

v. Langenbeck hat auch bei Kindern nach Resectionen wegen Fusscaries schlechte Resultate gesehen, und zieht auch bei diesen die Amputation vor.

Schoemaker (Almelo) erinnert an einen bereits publicirten Fall, in dem er wegen 5jähriger Caries einem 27jährigen Mann das Fussgelenk mit vorzüglichstem Erfolg resecirt hat. Seither machte er die Operation noch 2 Mal aus demselben Grunde. Auf die Frage Volkmann's, ob fungöse Knochen- und Gelenkentzündung, oder sogenannte traumatische Caries bestanden habe, die sich auch bei Gesunden nach Gelenkvereiterung entwickeln könne, erwiedert S., dass echte fungöse Caries scrophulöser Individuen vorgelegen. **A. Genzmer** (Halle a/S.).

J. Chauvel. Tumeur lymphatique (Lymphadénome) de la face; Hémorrhagies rétiniennes; Leucémie.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 23.)

Ch. hofft in seiner nachstehenden Beobachtung einen charakteristichen Fall aus jener Reihe von Geschwulstbildungen in der Haut des Menschen zu bringen, welche in neuester Zeit unter dem Namen Lymphadenia cutanea s. Mycosis fungoid. beschrieben wurden.

Ein 41jähriger Zollbeamter kam wegen einer Geschwulst an der linken Gesichtsseite in's Spital. Zuvor war der Mann stets gesund gewesen, weder Syphilis noch angeerbte Krankheiten waren nachweisbar. Vor 4 Monaten war eine kleine, schmerzlose, ohne bekannte Veranlassung entstandene Geschwulst am linken oberen Augenlide sichtbar geworden. Sie wuchs enorm rasch, ward nun auch schmerzhaft; die Aerzte, welche Pat. consultirte, bezeichneten die Geschwulst als inoperabel und von schlimmster Art. Als Pat. in's Spital eintrat, waren die Lymphdrüsen beiderseits im Nacken, insbesondere aber die Carotisdrüsen längs dem M. Sterno-cl.-mast. stark infiltrirt; auf der Spitze der Geschwulst, etwas über der linken Augenbraue eine röthliche, empfindliche Stelle. An der Schleimhaut der linken Wange grauliche Ulcerationen; einige Tage später diffuse Schwellung des Gesichtes, insbesondere an der linken Supraorbital-Gegend, etwas die Medianlinie nach rechts hin überschreitend: die Wange ist um's Doppelte verdickt; überall geht die Schwellung unmerklich in das gesunde Gewebe über;

dabei heftige neuralgische Schmerzen an der ganzen linken Kopfseite; erdfahle Hautfarbe, enormer Schwächezustand.

Weiter zeigten sich unter der Schleimhaut der Wange harte Knoten, und im Niveau der oberen Mahlzähne graugrünliche Plaques; auch die rechte Wange zeigte sich nach einigen Tagen etwas verdickt, ohne dass aber die Schleimhaut hier ebenso erkrankt wäre, wie linkerseits. Fötider Geruch aus dem Munde, Schlaflosigkeit; trotz des äusserst kachektischen Zustandes aber keine Störung in Circulation, Respiration und Verdauung.

Einige Tage später klagte Pat. über einen schwarzen Fleck, den er beständig vor seinem rechten Auge sehe (das linke war durch das geschwollene Augenlid ganz verdeckt). Die Augenspiegeluntersuchung ergab mehrere hämorrhagische Flecken von Papillengrösse hier und da in der Retina zerstreut. Die Diagnose lautete auf Retinitis leucaemica.

Ausser den Halsdrüsen keine sonstigen Lymphdrüsenschwellungen. Milz nicht merklich vergrössert. Blutanalyse nicht gemacht.

Zu Ende der 4. Woche Exitus letalis.

Die Nekroskopie zeigte: Keine erhebliche Abmagerung des Körpers; die Geschwulstmasse sitzt hauptsächlich in der Haut und dem subcutanen Zellgewebe; auf der Schnittfläche zeigt sich ein speckiges Gewebe, in das alle Weichtheilschichten der Wange aufgegangen sind, von der Haut an bis auf das gesund gebliebene Periost. Die Durchschnitte der Lymphdrüsen vom gleichen speckigen Ansehen. Die Milz ziemlich vergrössert; die Leber enorm gross, entfärbt; im Harne viel Albumen und Fibrincylinder.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors zeigt die exquisiten Charaktere eines Lymphtumors. Die intra-lobulären Blutcapillaren der Leber enthalten eine grosse Menge von weissen Blutkörperchen neben den rothen.

2. Fall. Derselbe betraf einen 35jährigen Schuster, der zuvor gesund, seit ca. 1. Jahre eine allmälig wachsende Anschwellung an der rechten Seite des Unterkieferkörpers bemerkte, die sich endlich auf die Wange, den Nasenflügel und die Parotisgegend dieser Seite weiter verbreitete; bald darauf entstand auf der linken Seite eine ähnliche, aber sehr rasch sich ausbreitende Geschwulst. Gegenwärtig reichte die Geschwulst rechterseits bis an die Schläfengegend nach aufwärts, bis in die seitliche Halsgegend nach abwärts; linkerseits war sie etwas weniger verbreitet. Innige Adhärenz zwischen Knochen und dem Geschwulstgewebe. Drüseninfiltration reicht bis in die Supraclavicular-Gegend herab.

Die Untersuchung der Lungen erweist eine vorgeschrittene unzweifelhaft tuberkulöse Erkrankung derselben. Vor 4 Jahren hatte Pat. einen syphilitischen Schanker gehabt.

Die Nekroskopie — Pat. war bald nach seiner Aufnahme in's Spital gestorben — zeigte Cavernen an beiden Lungenspitzen; die indurirten Partien des Gesichtes zeigen auf dem Durchschnitte alle Gewebsschichten gleichmässig in die Geschwulstmasse aufgegangen, welche theils knorpelhart, theils käsig, hier und da fast fluctuirend weich ist.

Ch. hebt übrigens selbst hervor, dass dieser Fall in keinerlei Richtung mit dem ersten zu vergleichen sei. Im 2. Falle sei nicht Leukämie dagewesen, überdies fehlten der Geschwulstmasse die mikroskopischen Kennzeichen von Lymphtumoren. Ch. lässt es zweifelhaft, ob es sich um ein diffuses Sarcom oder syphilitischen Tumor gehandelt habe. **Fr. Steiner** (Wien).

E. Grüning. Ueber ein mit Schonung des Bulbus exstirpirtes Myxom des Sehnerven.

(Arch. für Augen- und Ohrenheilkunde Bd. VI. Theil 1.)

Diese Operation war insofern von Erfolg begleitet, als die Heilung der Wunde fieberlos vor sich ging, der zuerst vorgefallene Bulbus schon nach wenigen Tagen in die Orbita zurücktrat und die wenige Tage nach der Operation eingetretene diffuse Hornhauttrübung sich bald wieder aufhellte.

9 Monate später ergab die Untersuchung des Auges: Primärstellung, die Be-

weglichkeit nach allen Richtungen beschränkt, das Auge liegt etwas tiefer in der Orbita, als das gesunde; die innere Hornhauthälfte und die ihr benachbarten Conjunctivalpartien sind anästhetisch. Alle Medien sind klar. Die Papille ist glänzend weiss, genau contourirt, die Netzhautgefässe gefüllt, pulsiren lebhaft bei Druck auf den Augapfel. Die Aderhaut ist an ihrer temporalen Seite stark atrophisch und die darüber liegende Netzhaut in grossen Plaques pigmentirt. Vergl. auch Referat 1876 No. 44. p. 695. — **Th. Kölliker** (Würzburg).

F. Leydig. Die Farbe der Retina und das Leuchten der Augen.

(Arch. für Naturgesch. XLIII. Jahrg. Bd. 1.)

L. macht Boll gegenüber geltend, dass er bereits früher an verschiedenen Stellen auf die von letzterem entdeckte rothe Farbe der lebenden Retina hingewiesen habe, so im Archiv für Anat. und Phys. 1853, p. 8 (»röthlicher Schimmer der Retinastäbchen« mancher Reptilien z. B. Frosch, Landsalamander), dann im Arch. für Anat. und Physiol. 1855 p. 414, im Lehrbuch der Histologie 1857 p. 238. 250 (»die frische Retina des Frosches z. B. zeigt schon dem freien Auge einen lebhaften rothen Atlasschiller«), endlich in noch bestimmterer Weise in der Schrift das »Auge der Gliederthiere etc.« im Arch. für Anat. und Physiol. 1853. p. 8, dann im Lehrbuch der Histologie p. 238). Somit ist zweifellos, dass das Sehroth zuerst von L. wahrgenommen wurde. **H. Tillmanns** (Leipzig).

Weid. Two cases of lumbar colotomy, for ulceration of the rectum and for vesico-intestinal fistula.

(Archives of clin. surg. Vol. I. p. 271).

1) Eine 24jähr. Frau, nie inficirt, hat seit 5—6 Jahren Beschwerden beim Stuhlgange, seit Jahren hartnäckige Verstopfung. Hochgradig erschöpft hat sie zuletzt profuse, diarrhoische, sehr schmerzhafte Ausleerungen. Die Untersuchung per rectum ergab: Verdickung desselben mit fungösen Wucherungen auf der Schleimhaut mit vielfachen Erhebungen und Vertiefungen, hervorgerufen durch lange bestehende Ulceration. Colotomie. Im weiteren Verlaufe vielfach Tenesmus. Entleerungen nur durch den künstlichen After. Nach 6 Wochen hatten die Kräfte erheblich zugenommen.

2) Ein 43jähr. Mann hatte vor 14 Jahren durch Fall eine Zerreissung der Harnröhre erlitten. Aeussere Urethrotomie, Heilung. Seit kurzem bestehen beim Uriniren prickelnde Schmerzen in der Eichel, aus welcher sodann kothartige Massen entleert werden. Ebenso geht Urin im Stuhlgange ab. Zeitweise Urinverhaltung, viel Harndrang und Schmerzen in der Blase. Injection vom 3 Pinten Milch; nur die Hälfte konnte wieder abgelassen werden. Es findet sich jetzt ein Tumor, der von der linken Seite der Blase ausgeht und sich elastisch anfühlt. Druck auf denselben entleert Milch. Weiterhin fand sich $4^1/_2''$ über dem Anus eine Strictur. Bei einer 2. Untersuchung ohne Aether-Narkose liess sich die in die Blase injicirte Milch durch Druck per rectum entleeren. Colotomie; das Colon konnte nicht gleich gefunden werden; die per anum eingeblasene Luft entwich durch die Blase. — Im weiteren Verlaufe entleerten sich geringe Mengen von Fäces durch die Urethra, anfangs auch der Urin durch den künstlichen After. — Pat. starb später an Phthisis. Section: Der Tumor im Abdomen wurde gebildet von Dünn- und Dickdarm und hypertrophischen Drüsen; unter der Flex. sigm. führte eine fingerdicke Oeffnung in die Blase, über und unter derselben war der Darm sehr eng. Zahlreiche tuberkulöse Geschwüre im Dick- und Dünndarm. **Pils** (Stettin).

M. Chiari. Ueber drei Fälle von primärem Carcinom im Fundus und Corpus des Uterus.

(Wiener med. Jahrbücher 1877. Hft. 3.)

In allen drei Fällen war die Uterushöhle angefüllt mit einer höckerigen Geschwulstmasse, deren mikroskopische Untersuchung ein weitmaschiges Bindegewebsstroma mit darin eingelagerten grossen Epithelzellen ergab. Interessant ist, dass alle 3 Frauen 6 Monate vor ihrem Tode geboren hatten, wobei keine scharfe

Grenze zwischen dem Puerperium und der beginnenden malignen Neubildung zu ziehen war, — ferner dass diese Neubildung sich gerade in denjenigen Wandschichten des Uterus entwickelt hatte, welche sich an der Bildung der Placenta und Decidua betheiligen. **Hack** (Freiburg i/Br.).

F. W. Wedemeyer. Ueber einen Fall von Amputation des Penis mit Transplantation der Urethra in das Perinaeum.

(Arch. d. Heilkunde XVIII. Jahrg. Hft. 6.)

Verf. theilt ausführlich obigen Fall mit, welcher bereits von Thiersch in seinen klinischen Ergebnissen der Lister'schen Wundbehandlung etc., Sammlung klin. Vorträge. No. 84—85 p. 68. 69 unter No. 159 kurz erwähnt ist (cfr. Centralblat für Chir. 1875. p. 339 u. 340). 14 Monate nach der Operation war das erzielte Resultat in jeder Beziehung noch günstig.

Pat. konnte, indem er den Hodensack aufhob, stehend im Strahl uriniren, ohne sich zu benetzen; die neue Harnröhrenmündung verengerte sich nicht, weil sie am straffen Perinaeum guten Halt hatte. Ein Holzschnitt illustrirt die durch die Operation geschaffenen Verhältnisse.

Nachdem Verf. darauf aufmerksam gemacht hat, dass es wünschenswerth sei, darauf Acht zu geben, ob das Peniscarcinom nicht mit Vorliebe bei angeborener Phimose, wie im vorliegenden Falle, vorkomme, bespricht er die verschiedenen früheren Methoden bei totaler Amputation des Penis, welche alle mit mehr oder weniger gleich vorhandenen oder nachträglich eingetretenen Uebelständen verknüpft seien, und giebt mit Recht der oben beschriebenen Methode von Thiersch in jeder Beziehung den Vorzug. **A. Bidder** (Mannheim).

M. Macario. Dell' elettricità nella cura dell' idrocele.

(Gaz. med. ital. Lomb. 1877. No. 36.)

Verf. hat zwei Fälle von Hydrocele tunicae vaginalis durch 1 Minute dauernde Electropunctursitzung behandelt, der eine ist radical geheilt. Bei dem andern hat sich nach 10 Monaten die Hydrocele wiederhergestellt. Bei beiden war die Hydrocele während der ersten 24 Stunden vollkommen verschwunden, ohne dass durch die Stichcanäle der geringste Ausfluss stattgehabt hätte. Verf. empfiehlt die Electropunctur auch für andere Cysten, insbesondere für Ovariencysten und citirt die 3 Fälle, welche Semeleder in der med. Presse (Wien), als durch Electropunctur geheilt, veröffentlicht hat. **Menzel** (Triest).

Barwell. Wound of palmar arch, secondary hemorrhage; ect.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 481.)

Durch Abbrechen eines Flaschenhalses verletzte sich ein 21jähriges Mädchen unter dem Handgelenke; Blutstillung durch directe Compression. Als nach 4 Tagen Nachblutung erfolgte und die blutenden Lumina nicht gefasst werden konnten, machte man die Umstechung beider Gefässe; Abscedirung am Handgelenk; Incision; am 11. Tage nach der Verletzung heftige Nachblutung. Da die Gefässe in loco nicht zu fassen waren, so machte B. mit Zuhülfenahme der Esmarch'schen Binde die Ligatur der Brachialis im unteren Drittel unter antiseptischen Cautelen. Suspension. Der Arm hatte schon nach 3 Stunden seine normale Wärme, am folgenden Tage Puls am Cond. int. zu fühlen; Eiterung der Unterbindungswunde; Puls in der Radialis am 8., in der Ulnaris am 9. Tage vorhanden. Jetzt waren aber die contrahirten Finger nicht zu strecken. Dieses gelang leicht in der Narkose; binnen Kurzem war volle Brauchbarkeit der Hand wieder vorhanden.

Pilz (Stettin).

Druckfehler: No. 1, p. 1, Z. 18 v. o. und p. 13, Z. 2, v. o. liess Vogt statt Voigt.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 4. **Sonnabend, den 26. Januar.** **1878.**

Ein einfacher Stelzfuss.

Von

Prof. **F. Trendelenburg** in Rostock.

Besonders für die chirurgische Kriegs- und Armen-Praxis ist es von Vortheil, ohne Hülfe eines Bandagisten schnell einen billigen, gut passenden Stelzfuss anfertigen zu können. Ich kann für diesen Zweck folgendes Verfahren empfehlen. — Der Amputirte liegt auf dem Rücken. Um den Stumpf wird ein dünner Pappbogen in der Weise umgebogen, dass eine dem Stumpfe anliegende, trichterförmige Hülse entsteht, die nach oben bis fast an das Tuber ischii reicht und nach unten das Ende des Stumpfes um etwas über Handbreite überragt. Einige Cirkeltouren einer nassen Gazebinde fixiren die Pappe in der Trichterform. In die offne Spitze des Trichters wird das obere Ende einer hölzernen Stelze von geeigneter Länge (Stück eines Besenstiels oder dergleichen) eingeschoben und mit 6—8 kleinen Brett-

rühren und endlich den eigenhändigen Verbandwechsel von Seiten des Chirurgen.

Die 500 Amputirten vertheilen sich mit Rücksicht auf das Alter wie folgt:

Alter.	Zahl d. Amput.	Tod.	in Procenten.
Unter 5 Jahren	5	1	— (1 † Exarticul. coxae in
von 5—10 Jahren	20	2	— Extremis)
- 10—15 -	37	4	10,6
- 15—20 -	68	15	22,6
- 20—30 -	120	30	25
- 30—40 -	95	38	40
- 40—50 -	75	29	31,3
- 50—60 -	51	26	50,9
- 60—70 -	23	4	47 (4 Vorderarmamp., keine
über 70 -	6	2	33,3 Amput. des Beines wegen Trauma.)

Diese Zahlen zeigen deutlich, dass die Mortalitätsziffern regelmässig mit dem Alter wachsen; die Abweichung in den höheren Jahren ist nur eine scheinbare, weil die Amputationsfälle geringer an Zahl sind und mehr Vorderarmamputationen einschliessen. Die frühere Erfahrung, dass die Todeszahl nach dem 30. Jahre sich verdoppelt, ist auch in dieser Aufstellung recht deutlich, denn von gerade 250 Fällen vor dem 30. Jahre starben 52, von 250 nach dem 30. Jahre starben 106.

Die genaue Analyse der Todesursachen ergiebt bei den 158 Gestorbenen, dass 19 im Collaps nach dem Unfall amputirt, schnell starben und weitere 24 nach der Amputation an vorher bestandenen Krankheiten zu Grunde gingen. Für die weiteren Todesfälle figuriren als Todesursachen 1) Pyämie 20 Fälle, 2) Nosocomialgangrän 1 Fall, 3) Erysipelas 2 Fälle, 4) Nachblutung 3 Fälle, 5) Erschöpfung 5 Fälle, 6) Tetanus (Nerv in der Ligatur mitgefasst). (Diese Zahlen scheinen nur für 200 Fälle zu gelten. Ref.)

Mit Ausnahme von 1) (Pyämie) kommen die anderen Todesursachen als Spitaleinflüsse ihren kleinen Ziffern wegen nicht recht in Betracht, und werden 4) und 5) von H. auf die geschwächte Constitution selbst zurückgeführt.

Die Erfahrung, dass Kinder unter 10 Jahren selten pyämisch erkranken, soll nach H. schon darauf hinführen, dass die Entstehung derselben im eigenen Organismus zu suchen sei, nicht in Schädlichkeiten, die von der Umgebung an die Wunde und von dort in den Organismus gelangen.

Von den 74 Fällen von Pyämie kamen 38 auf Amputationen des Oberschenkels, 22 auf die des Unterschenkels, 10 auf die des Oberarms, 4 auf die des Vorderarms. Im Speciellen betrafen unter den 500 Amputationen:

49	Amputationen den Oberschenkel,	wegen Trauma	mit	8	Fällen von Pyämie
181	- - -	- Erkrankung	-	30	- - -
45	- - Unterschenkel,	- Trauma	-	11	- - -

110	Amputationen	den Unterschenkel,	wegen	Erkrankung	mit	11	Fällen	von Pyämie
29	-	- Oberarm,	-	Trauma	-	7	-	- -
28	-	- -	-	Erkrankung	-	3	-	- -
23	-	- Vorderarm,	-	Trauma	-	2	-	- -
35	-	- -	-	Erkrankung	-	2	-	- -

Hiernach waren die Verhältnisszahlen der Pyämie bei Oberschenkel-Amputationen fast gleich. Rechnet man aber 15 Fälle von Shock bei den 49 Oberschenkelamputationen ab, dann ist das Verhältniss statt 1 : 6 = 1 : 4, dasselbe also wie bei Unterschenkelamputationen wegen Trauma. Besonders unverhältnissmässig sind die Verhältnisszahlen der Pyämie zwischen Vorderarm- und Oberschenkelamputationen.

Mit Bezug auf das Alter waren unter 74 pyämisch Gestorbenen:

unter 10 Jahren . . .		0	30 unter 30 Jahren.
zwischen 10—15 Jahren		3	
- 15—20	-	8	
- 20—30	-	19	
- 30—40 Jahren		16	44 über 30 Jahr.
- 40—50	-	16	
- 50—60	-	10	
über 60 Jahre		2	

H. kommt zu dem Schlusse: die Pyämie sei gewöhnlich durch die locale Verletzung eingeleitet, welche eine Entzündung der Theile, speciell der Venen hervorruft, die um so leichter eintritt, wenn der Patient überhaupt geschwächt oder ungesund ist und begünstigt wird, wenn die afficirten Theile schon früher erkrankt waren. Dabei leugnet H. nicht, dass schlechte Luft, Unsauberkeit besonders des Verbandmaterials von schweren Folgen sein können. Für ihn, der die minutiösen Details des Lister'schen Verbandes für entbehrlich hält, wirkt derselbe günstig dadurch, dass er a) vollen Abfluss durch die Drainage schafft, b) die Wunde vollständig bedeckt, so dass unbefugte Hände nicht daran rühren können, c) dass der Chirurg selbst mit grösster Sauberkeit verbindet und die Wunde mit einem Materiale bedeckt, das der Putrefaction entgegenarbeitet. H. macht sogar dem Lister'schen Verbande den Vorwurf, dass er die schnelle Vereinigung verhindere(!). Schliesslich gedenkt er der günstigen Berichte von Humphrey, von Dennis, von Spence und von Callender, welche durch offene Wundbehandlung gleich gute Resultate erzielten.

Pilz (Stettin).

C. Jaffé. Ueber die Anwendung des ferrum candens bei chronischen Gelenkerkrankungen. Aus der Strassburger chirurgischen Klinik.

Inaug.-Diss. Strassburg 1877.

Die locale Behandlung chronischer Gelenkaffectionen hat in neuester Zeit durch die schönen Resultate, welche Richet, Julliard und Kocher mit der Ignipunctur erzielten, an Bedeutung gewonnen. Die bequeme Anwendung des Glüheisens in der Form der

Thermocauter von **Paquelin**, dazu die streng durchgeführte Antisepsis während und nach der Operation, lassen auf noch bessere Erfolge hoffen.

Mit Hülfe der Knochenpercussion ist es in vielen Fällen möglich, die Stelle zu bestimmen, wo die intensivste Veränderung im Knochen Platz gegriffen hat. Bei primären und secundären centralen Ostitiden kann man daher mit verhältnissmässig grosser Sicherheit auf den Knochenherd losgehn, um denselben mit dem Thermocauter, mit oder ohne vorhergehendes Evidement, auszubrennen, dadurch den Process zu sistiren und eventuell eine secundäre Affection des Gelenks zu verhüten. Bereits eingetretene, noch in frühen Stadien befindliche secundäre Gelenkaffection kann sich zurückbilden. — Auf diese Weise gelang es, einen centralen Herd im Talus, einen 2. in der unteren Epiphyse des Humerus, einen 3. im Condylus externus femoris, einen 4. im Condyl. intern. tibiae zur Ausheilung zu bringen. Die Fälle, welche im Original genauer beschrieben sind, betrafen sämmtlich ugendliche Individuen. In einem 5. Falle handelte es sich um eine fungöse Form der Kniegelenkentzündung, wo die Granulationen durch seitliche Incisionen blossgelegt (unter **Lister**'s Cautelen und **Esmarch**'s elastischer Einwicklung) und dann cauterisirt wurden. (In der allerletzten Zeit sind in der Strassburger Klinik zu obigen 5 Fällen noch eine Reihe neuer Fälle mit entsprechend gutem Resultate hinzugekommen. Ref.)

Ein historischer Rückblick auf die Anwendung des Glüheisens bei Gelenkerkrankungen sowie eine Reihe von Experimenten an Kaninchen über den Effect von Gelenkcauterisationen mit dem Thermocauter von **Paquelin** sind der Arbeit beigefügt.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Bryant. The use of the carbolised catgut ligature for the ligation of arteries in their continuity.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 574. Londoner clinic. soc.)

Verf. legt 4 Präparate vor, an denen mittelst Catgut Continuitäts-Ligaturen ausgeführt wurden.

No. 1 entstammte einem 39jährigen Manne, dem vor 14 Tagen die Iliac. ext. wegen Anneurysma art. fem. com. mit mittelstarkem Catgut unterbunden worden war. Pat. starb in Folge des Herzleidens. Die Intima und Media waren gänzlich, die Adventia partiell durchtrennt; das Catgut war intact. Ueber und unterhalb der Ligatur fand sich ein Thrombus.

No. 2 betraf die rechte Carotis eines vor 12 Tagen wegen supponirten Aneur. der Innominata und Aorta operirten 58jährigen Mannes. Tod durch Erschöpfung trotz Besserung der aneurysmatischen Erscheinungen. Arterie in allen Häuten durchtrennt, feste Thromben zu beiden Seiten der Ligaturstelle; die Ligatur selbst gänzlich verschwunden.

No. 3 zeigte die rechte Subclavia eines wegen Aneur. traum.

axill. vor 13 Tagen operirten 36jährigen Mannes; Heilung ohne Eiterung. Alle Gefässhäute waren durchschnitten, vom Catgut war nur der Knoten übrig, feste Thromben fanden sich auf 1/2" Länge oberhalb und unterhalb der Ligatur. — Todesursache?

No. 4 betraf die Art. fem. com. eines 23jährigen Mannes, dem vor 19 Tagen wegen Elephant. arab. des Beines die Unterbindung gemacht worden war. Es folgte Gangrän des Beines. Sämmtliche Häute waren durchtrennt, gute, feste Thromben bestanden beiderseits von der Ligaturstelle, an der lediglich der adhärente Knoten zu sehen war.

Nach B. werden wie bei jeder anderen Ligatur Intima und Media, bisweilen auch die Adventitia vom Catgutfaden durchtrennt. Secundäre Ulceration zerstört meist die Adventitia. Ausser den erwähnten Fällen hat B. noch 10 Mal Continuitätsligaturen mit Catgut ausgeführt; an der Femoralis 5 Mal, Iliac. ext. 4 Mal und an der Subclavia 1 Mal. Jedes Mal operirte B. ohne Spray; nur 2 Mal sah er leichte Nachblutungen: bei der Subclavia am 4. Tag und bei der Femoralis am 23. Tag. — Kann Verf. auch nicht mit Lister in der theoretischen Wirkungsweise des Catgut übereinstimmen, so muss er dennoch mit ihm Catgut als das geeignetste Unterbindungsmaterial ansehen, indem er meint, dass bei ihm die secundäre Ulceration nicht eintreten müsse. Auch Maunder hat von der carbolisirten Seide (4 Fälle) und Catgut (5 Fälle) nur Gutes gesehen, möchte aber nach den Erfahrungen von Callender, von Smith und Spence bei Ligatur der Femoralis vom Catgut abstehen. Dagegen erwähnt Barwell, dass er nach eigenen 4 Beobachtungen nur für das Catgut plaidiren könne. Man solle aber bei der Ligatur keine besondere Kraft anwenden, die Enden nicht zu hart am Knoten abschneiden und das Catgut nicht zu lange im Carbolöl liegen lassen, weil es sonst brüchig werde; er glaubt, die Nachblutungen bei den Unterbindungen der Femoralis entstammen oft der Vene. Callender berichtet schliesslich kurz, dass 3 Mal bei Ligaturen wegen Aneurysma in wenigen Stunden die Catgutligatur nachgab, und die Pulsation im Aneurysma zurückkehrte. —

Pilz (Stettin).

A. v. Puky. Versuche über septische und mikrococcische Infection (aus dem pathologisch-anatomischen Institut von Prof. v. Recklinghausen).

(Virch. Arch. Bd. LXIX. p. 329.)

Verf. benutzte zu seinen Versuchen statt der von den meisten Experimentatoren gewählten Injectionsflüssigkeiten Eidotter, weil dasselbe an sich absolut rein, reich an Globulin und in dieser Beziehung dem Eiter und den Entzündungsproducten sehr ähnlich ist. Es lässt sich erwarten, dass bei der fauligen Zersetzung des Dotters ähnliche Producte hergestellt werden, wie bei der Fäulniss von Eiter und Wundsecreten. Die faulen Eidottermassen wurden entweder sub-

cutan oder durch Einspritzung in die Vena jugul. dem Organismus einverleibt. Frisches Eidotter kann ohne irgend erheblichen Effect eingespritzt werden.

Verf. sieht als das Hauptresultat seiner Versuche an: »dass bei der Aufnahme von fauligen Substanzen in den lebenden Organismus zweierlei Veränderungen zu unterscheiden sind: 1) die Vergiftung durch die in den zersetzten organischen Substanzen entstandenen Körper (putride oder septische Infection) und 2) die Veränderungen, welche dadurch entstehen, dass die bei der Fäulniss betheiligten Mikroorganismen in dem lebenden Körper wachsen und sich vermehren (mikrococcische Infection)«. Septische Vergiftung und Wachsthum von Mikroorganismen decken sich also durchaus nicht.

Madelung (Bonn).

P. Guttmann. Ueber die Wirkung einiger Säuren bei ihrer Injection in die Venen.

(Virch. Arch. Bd. LXIX. p. 534.)

Oré hat 1875 mitgetheilt, dass verdünnte Säuren selbst in beträchtlicher Menge in die Venen von Hunden injicirt, keine Gerinnung des Blutes erzeugen und ausser einer während der Injection auftretenden, aber nach kurzer Zeit wieder verschwindenden Dyspnoe keine abnormen Erscheinungen hervorrufen. G. wiederholte diese Versuche an Kaninchen, benutzte die Vena jugularis externa und spritzte die Säuren nach abwärts gegen das Herz zu. Im Wesentlichen werden die Angaben Oré's bestätigt. In einigen Fällen waren Säuremischungen, die nach O. wirkungslos sind, tödtlich. Die auftretende Dyspnoe wird durch eine vorübergehende, paralysirende Wirkung der Säure auf das Herz erklärt, der bei zu grosser Menge, oder zu hohem Procentgehalt der injicirten Säure eintretende Tod wird auf dieselbe Ursache zurückgeführt. Die mikroskopische Blutuntersuchung zeigte keine Veränderung an den rothen Blutkörperchen.

Madelung (Bonn).

F. Busch. Die Knochenbildung und Resorption beim wachsenden und entzündeten Knochen.

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 1. p. 150.)

B. untersuchte besonders die durch Galvanocaustik der Markhöhle (vergl. Arch. f. klin. Chir. Bd. XX. p. 237) hervorgerufene Knochenentzündung bei Hunden (vergl. Centralblatt f. Chirurgie 1877. No. 4). Sie hat gegenüber der Callusbildung den Vorzug, dass durch Fehlen der Blutextravasate, Splitter u. s. w. die Untersuchung leichter ist. Die Deutung der Befunde bietet insofern eine Schwierigkeit, als zwar kein Zweifel vorliegt, dass die umgebenden Weichtheile an der Periostverdickung Theil haben; dagegen ist es schwer zu entscheiden, ob die Knochenbildung, nachdem sie das Periost verzehrt hat auf

die Weichtheile hinüber greift, oder ob die umgebenden Weichtheile durch die Wucherung der periostalen Innenschicht nur mehr und mehr nach aussen gedrängt werden, ohne selbst in Knochengewebe überzugehen. B. entscheidet sich aus folgenden Gründen für letztere Ansicht. Erstens werden die angrenzenden Gefässe und Nerven nicht von der Knochenneubildung umschlossen, sondern verdrängt. Zweitens entwickeln sich die periostalen Auflagerungen am freiesten nach der Seite, wo am wenigsten Weichtheile liegen. Endlich findet man beim entzündeten Knochen nach Ablauf aller Entzündungserscheinungen und längerer Wiederherstellung der Function alle Muskeln wieder, was gegen eine Verknöcherung derselben spricht.

Was das Markgewebe anbetrifft, so neigt B. zu der Ansicht, dass dasselbe unter normalen Verhältnissen Theil hat an der Knochenbildung. Es sind daher auch die bei der Knochenentzündung in der Markhöhle sich bildenden Knochenmassen verknöchertes Markgewebe. Beim ausgewachsenen Knochen bekommt das Markgewebe, wie das Periost seine knochenbildende Fähigkeit wieder.

In Hinsicht der Frage, auf welche Weise das Periost und das Markgewebe des ausgewachsenen Knochens durch die Entzündung die Fähigkeit zurückerhalten Knochen zu bilden, schliesst sich B. der Auffassung Gegenbaur's und Waldeyer's an, nach der auch, wenn der Knochen bereits fertig ist, in den Markräumen und grösseren Havers'schen Canälen Zellen zu finden sind, die als Ueberreste der Osteoblasten anzusehen sind. Die Zellen vermehren sich durch Wucherung bei der Entzündung und bringen ihre knochenbildende Eigenschaft wieder zur Geltung. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Garretson. A surgical engine.

(Philad. med. Times 1877. No. 260. p. 49—54.)

Verf. macht uns in dieser Publication mit einem Instrument bekannt, welches seiner Ansicht nach eine grosse Rolle in der Chirurgie zu spielen berufen ist. Dasselbe ist eingerichtet nach Art einer Drehbank. An einem senkrecht stehenden, zierlich geformten Gestell befindet sich ein Schwungrad, eine kleine Rolle am oberen Ende, und am Boden ein Trittbrett, durch eine elastische Feder mit der Kurbel des Schwungrades verbunden, daher sehr leicht und bequem zu dirigiren. Das Schwungrad ist mit der kleinen Rolle oben durch eine Schnur in der bekannten Weise verbunden, wodurch die Drehungen auf die Rolle übertragen werden. Letztere ihrerseits überträgt ihre Drehungen, welche 1000—2000! per Minute betragen können, auf einen Schaft, der auf ingeniöse Weise selbst während des Rotirens um seine Axe in derselben nach allen Richtungen biegsam ist und an dessen Ende man verschiedene Instrumente, Drillbohrer, Trepane, Sägen etc. anbringt. Man kann auf diese Weise mit der grössten Sicherheit Zähne aushöhlen und ausputzen, dieselben aus ihrem Al-

veolus herausbohren, die Trepanation mit bis jetzt nicht erreichter Exactheit ausführen, alle sonstigen Operationen an Knochen, Necrotomien, Resectionen in der Continuität, Blosslegung von Nerven und Knochenhöhlen (nerv. maxill. inf.), die Durchbohrung behufs Anlegung der Knochennath u. s. f. zu Stande bringen. Hohlmeissel, scharfer Löffel, event. Kettensäge und die übrigen Sägen könnten durch obiges Instrument ersetzt werden. 13 Holzschnitte illustriren Form und Anwendung des Instruments.

[Das Instrument ist seit 3—4 Jahren bei den Zahnärzten in Gebrauch, ist von S. White construirt (ein schlechteres Instrument ist das von Morrison), kostet mit etwa 14 Ansatzinstrumenten (Bohrer, Kreissäge etc.) über 200 Mark, und ist seit 1875 in den Catologen für Zahninstrumente (z. B. dem von Ashurst, London) abgebildet. Zur Ausführung grösserer Operationen an den Knochen (Amputationen und Resectionen) müssten grössere eigens construirte Ansatzsägen beschafft werden, zu derem Betriebe ein bedeutend stärkerer und jedenfalls viel theuerer Apparat nöthig würde. Ref.]

E. Fischer (Strassburg i E.).

Gussenbauer. Ueber ein neues Verfahren der Stomatoplastik zur Heilung der narbigen Kieferklemme. (Nebst Tafel.)

(Vortrag gehalten im VI. Chirurgen-Congress zu Berlin. April 1877.)

(Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 3. p. 526.)

Bei einem 7jährigen Knaben entwickelte sich in Folge von Gebrauch von Calomel, das von einem Arzte wegen Meningitis in refracta dosi verordnet worden war, eine ausgedehnte Stomatitis mit consecutiver Gangrän der Schleimhaut beider Wangen, des Zahnfleisches am Ober- und Unterkiefer und endlich mit partieller Nekrose der Alveolarfortsätze beider Kiefer. Die noch erhaltenen Schneidezähne konnten bei der Aufnahme des Pat. kaum 3 mm weit von einander entfernt werden. — Nach Durchtrennung der Narbenmassen der Wangen (es wurde auf jeder Seite etwa 5 mm hinter den Mundwinkeln beginnend, bis gegen die Mitte der Kaumuskeln ein Schnitt geführt) zeigte sich eine narbige Verwachsung der Kiefer unter einander. Die Function der Gelenke und Muskeln war normal. Die Mündungen beider Ohrspeicheldrüsengänge waren obliterirt. Trotzdem war nie vorübergehende Anschwellung der Parotiden zu bemerken. — Nach etwa 14 Tagen (Anfang November 1876) wurde die Extraction der noch nicht vollständig gelösten Sequester gemacht. Schon gegen Ende December waren die Kiefer wieder aneinander gewachsen und die Ernährung nur durch die vorhandene Lücke im Kiefer möglich.

Die von G. nunmehr vorgenommene Operation beruhte auf der Idee, die verloren gegangene Schleimhaut der Mundhöhle plastisch zu ersetzen und zwar, wegen Mangel an Schleimhaut, möglichst vollständig durch Haut, um dadurch die Wiederverwachsung der Kiefer zu hindern.

1) **Ersatz der Schleimhaut aus der Wangenhaut mittelst Umwendung gestielter Lappen.** Beiderseits wurde ein 4 cm breiter, 6 cm langer Lappen bis zum vorderen Masseterrande abpräparirt. Gegen die Ernährungsbrücke hin wurde jeder Lappen allmälig breiter, denn dieser hintere Theil sollte später die vordere viel breitere Hälfte der Wangenschleimhaut ersetzen. Nach Spaltung der Wangen von den Wundwinkeln bis zu den vorderen Rändern der Kaumuskeln wurden die nach innen und hinten geschlagenen Lappenränder an die hinter den Masseteren noch erhaltene Schleimhaut befestigt. Anheilung ohne Störung. Nach 4 Wochen wurden die Ernährungsbrücken der Lappen durchschnitten, die Lappen vollständig umgewendet und eine Anheftung derselben in dem vorderen Antheile der Mundhöhle vorgenommen. Die umgewendeten Lappen wurden unter die etwas abgelöste Wangenhaut verschoben und an dieser mit Matratzennähten befestigt. Guter Erfolg besonders mit Rücksicht auf die Mastication.

2) **Deckung der nunmehr entstandenen Wangenhautdefecte durch seitliche Lappen aus der Hals- oder Kinnhaut und gleichzeitige Cheiloplastik des nothwendig vorerst zu spaltenden Mundes.** Zunächst Bildung beider Commissuren des Mundes nach Ablösung und Vereinigung der nach hinten verzogenen Lippen, endlich Meloplastik. Vereinigung war nicht überall per prim. int. erfolgt, dennoch Endresultat recht befriedigend: Kieferbewegungen frei, transplantirte Hautlappen in bestem Zustande.

Verf. glaubt sein Verfahren für alle Arten cicatricieller Kiefercontracturen empfehlen zu können. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

A. Bryk. Narbige Strictur des Oesophagus. Oesophagotomie.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 40—45.)

M. K., Bauer, 50 Jahr alt, wurde Ende Januar 1876 in die Krakauer chirurgische Klinik mit einer Strictur des Oesophagus im Anfange des Brustabschnitts aufgenommen, deren Beschwerden seit 16 Monaten bestanden. Wegen der Länge des Bestehens und des Fehlens von Lymphdrüsenanschwellungen wurde die Strictur für einfach narbiger Natur gehalten. Der Kranke konnte nur mühsam Flüssigkeiten schlucken. Anfangs passirten Bougies, nach einiger Zeit nicht mehr. Deshalb Ende Februar Oesophagotomie. Durch Einführung eines zweiblättrigen Nasenspeculums in die Oesophaguswunde gelang es eine Hervorwölbung der Schleimhaut rechts und eine Abweichung des Oesophaguscanales nach links zu sehen. Bougierung und Dilatirung von der Wunde aus, so dass eine Sonde von 10 mm Durchmesser passirte. Bald konnten feste Massen vom Munde aus geschluckt werden, doch gelang die Bougierung vom Munde aus nicht. Grosse Neigung der Strictur, sich wieder zu verengern. — Vom 10. Mai ab versuchte Patient selbst den Katheterismus durch die

Halsfistel, verursachte sich aber dabei bald heftigere Schmerzen. Das Körpergewicht hob sich bis Anfang Juni. Von da ab häufigere Blutungen aus der Halsfistel nach Herausnahme der Schlundröhre. Anfangs Juli Bildung eines Abscesses unter dem linken Sterno-cleidomastoideus, der hinter das Sternum herabgeht. Tod Anfang August durch Pyämie unter Schüttelfrösten und Delirien. Die Section ergab eine narbige Strictur des Oesophagus von 3,5 cm Länge, nach B. die Folge und der Rest einer früheren Entzündung. Das Lumen der Strictur betrug 4 mm.

B. legt sich zum Schluss die Frage vor, ob man, wenn wegen einer callösen, tief sitzenden und einer andern Behandlung unzugänglichen Strictur die Oesophagotomie gemacht ist, die Oesophaguswunde zu schliessen, und die Permeabilität der Strictur durch vom Munde aus zeitweilig eingeführte Sonden zu unterhalten habe, oder ob man eine permanente Fistel anzulegen habe. Er entscheidet sich für das letztere, und sieht in der Etablirung der Fistel das einzige Mittel, wodurch das Leben des Kranken noch erhalten werden kann, wenn man nicht zur Anlegung einer in ihrem Erfolge noch unsicheren Magenfistel schreiten will. **v. Mosengeil** (Bonn).

J. Boekel. De l'utilité d'immobiliser le membre dans l'extension à la suite de la résection du coude.

(Gaz. méd. de Strasbourg 1877. No. 11.)

Auf den Rath von Roser hat Verf. die obere Extremität nach der Resectio cubiti zur Vermeidung von Schlottergelenken in Extensionsstellung immobilisirt.

In drei Fällen (2 complicirte Fracturen, 1 fungöse Synovitis des Ellbogengelenks) erzielte B. die schönsten Erfolge, welche nach Monaten constatirt wurden, und zwar trotz Resection eines bedeutenden Stückes des Humerus in den traumatischen Fällen.

Bei dem einen Patienten zeigte sich allerdings eine leichte laterale Luxation des Vorderarmes, angeblich in Folge eines späteren Trauma; sonst waren die Functionen sowie die Form der Extremität in allen 3 Fällen vollkommen erhalten.

(Dieser Erfolg könnte vielleicht ebensogut dem günstigen Alter der drei 7—8jährigen Patienten zugeschrieben werden. Ref.)

Girard (Bern).

Kleinere Mittheilungen.

Bericht über die wissenschaftlichen Vorträge der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig in den Jahren 1875 und 1876.

Leipzig, **F. C. W. Vogel**, 1877.

Das kleine Schriftchen enthält in gedrängtester Kürze, d. h. in der Form von Sitzungsprotokollen eine grosse Fülle des Interessanten, und wir verfehlen deshalb nicht, die Aufmerksamkeit unserer Leser auf dasselbe zu richten. Die mitgetheilten Vorträge und Demonstrationen sind zum Theil an anderer Stelle ausführlich

veröffentlicht und bereits im Centralbl. für Chir. referirt worden. Wir heben aus dem Inhalt Folgendes hervor.

1. F. Hofmann: Ueber das Süvern'sche Desinfectionsverfahren im Leipziger Hospitale. — Die daselbst bestehende Desinfectionsanlage entspricht allen sanitären Anforderungen; das angewandte Süvern'sche Desinfectionsmittel besteht aus

26,4 % Aetzkalk,
7,1 - Chlormagnesium,
3,2 - Steinkohlentheer,
63,3 - Wasser.

Die Desinfection mit dieser Mischung ist durchaus zuverlässig, so lange ein schwacher Ueberschuss davon vorhanden. Die Abfallstoffe kommen direct in Wasser mit aufgeschwemmter Süvern'scher Masse. Organische und leicht zersetzliche Stoffe (Blut, Eiter, Pilze etc.) werden in dem Grade, als sie Kohlensäure bilden, von kohlensaurem Kalk umgeben, hierdurch vor fernerer Fäulniss bewahrt und so schwer gemacht, dass sie zu Boden sinken. Pro Kopf und Tag wird ein Pfund Masse gerechnet.

2. E. Wagner: Ersticken durch ein Stück Schinken, welches nicht ganz verschluckt worden war, im Anfangstheil des Oesophagus stecken blieb, mit einem Theil in den offenstehenden Larynx hineinreichte und diesen fest verschloss; cfr. auch H. Tillmanns, Sitzungsbericht des IV. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie; Centralbl. für Chir. 1876. p. 510.

3. Derselbe: Tod einer 57jährigen Frau, die wegen hysterischer Beschwerden und Steifigkeit im Fussgelenke in's Hospital aufgenommen wurde, allmälig Lähmung der unteren Extremitäten mit schmerzhaften Zuckungen und Obstruction zeigte. Der Tod trat unter Bewusstlosigkeit ein; bei der Section wurde, wiewohl bei der Untersuchung der Wirbelsäule intra vitam nichts Abnormes gefunden worden war, leichte Vorwölbung des 12. Brustwirbels in die Wirbelhöhle und eitrige Spondylitis entdeckt.

5. Kronecker: Ueber die Ernährung des Herzens; cfr. Centralbl. für Chirurgie 1875, p. 628.

6. Thiersch: Ueber die Verwendung der Salicylsäure als Antisepticum cfr. Sammlung klin. Vorträge 84 und 85, vergl. Centralbl. für Chir. 1875, p. 321 und p. 337.

7. H. Tillmanns: Vorstellung eines Patienten mit pulsirender Geschwulst des Sternum. Die Diagnose blieb schwankend zwischen einem Aortenaneurysma und einem pulsirenden weichen Sarcom der Diploe des Brustbeines; cfr. auch Burckhardt, Arch. der Heilk. 18. Jahrg., p. 164. Centralbl. für Chir. 1877, p. 311.

8. Ahlfeld: Demonstration eines Kindes mit weicher, gelappter Geschwulst in der Sacralgegend. Die eine Abtheilung der Geschwulst ist mit festen Theilen gefüllt, die andre nur mit Flüssigkeit.

9. Leopold: Ueber drei Fälle von Unterleibsgeschwülsten, welche anfänglich für Geschwülste der weiblichen Geschlechtsorgane gehalten wurde; später sich aber als Tumoren der Leber, resp. der Milz herausstellten.

10. Derselbe: Demonstration eines 12jährigen Mädchens mit angeborener spontaner Amputation des Vorderarmes. Bemerkenswerth dabei ist das seltene Vorkommen am rechten Arme.

17. Riemer: Ueber Argyria. Verf. ist der Ansicht, dass das Silber als reducirte metallische Körnchen aufgenommen werde, cfr. Arch. der Heilkunde 1875, XVI. Jahrg. Hft. 4. p. 296—326, Centralbl. für Chir. 1875, p. 567.

20. Ahlfeld: Ueber die Verletzungen der Beckengelenke während der Geburt und im Wochenbette. Verf. führt an, dass die Verletzungen der Beckengelenke häufiger sind, als man annimmt. Zur Zerreissung disponiren besonders acute traumatische Entzündungen der Gelenke, chronische Entzündungen und Osteomalacie. Unter den gesunden Becken sind besonders die gefährdet, welche im Querdurchmesser verengt sind. Das rachitische Becken kann nur sehr schwer in seinen Symphysen zerreissen. Als auseinander treibender Keil wirkt der Kopf des Kin-

des oder die zu früh gehobene Zange des Geburtshelfers. Als bestes Heilmittel ist der Beckengürtel zu empfehlen.

26. H. Tillmanns: Demonstration des etwa mannskopfgrossen Aneurysma der Aorta, von dem früher bei Lebzeiten vorgestellten Patienten (s. oben). Pat. war nicht plötzlich durch Ruptur des stark gespannten Aneurysma gestorben, sondern allmälig an den Folgen des Druckes der Geschwulst auf die Brustorgane.

27. Bälz: Ueber innerliche Anwendung der Salicylsäure. Verf. giebt dem salicylsauren Natron den Vorzug vor Salicylsäure; Thymol hat er nicht so wirksam gefunden, als Salicylsäure, und bei Malaria steht diese dem Chinin nach.

28. F. Hofmann: Zur Staubfrage. Den Ursprung des Staubes führt H. besonders auf den Strassenverkehr zurück. Die Zusammensetzung des Staubes variirt sehr; organische, verbrennliche Substanz zeigte sich in Leipzig zu 7 bis 30%.

30. Zürn: Ueber die verschiedenen von Thieren auf Menschen übertragbaren Krätzmilben. Verf. betont, dass nicht nur Sarcoptes communis beim Menschen Krätze hervorrufe, sondern dass es alle Arten von Sarcoptiden der Hausthiere thun, dass die Milben ferner nicht nur in der Epidermis, sondern auch in den tieferen Cutisschichten, selbst im Knochen vorkommen.

31. Ahlfeld: Demonstration eines 6 Tage alten kräftigen Kindes mit angeborenem Nabelschnurbruch. Vortragender sucht für die Mehrzahl dieser Fälle die Entstehung von einem aussergewöhnlichen Zuge am Dotterstrange herzuleiten. Wegen der weiteren Ausführungen vergl. Centralbl. für Chir. 1877. No. 46.

34. B. Schmidt: Demonstration einer Patientin mit intermittirendem Hydarthros der Kniegelenke. Jeden Freitag begann die Schwellung des einen Knies mit Schmerzen, liess nach 3 Tagen nach, während dessen der Hydrops des anderen Gelenkes sich entwickelte. Eine jede Therapie erwies sich fruchtlos. Die übrigen bekannten Fälle aus der Literatur werden beigezogen.

36. Derselbe: Ueber Brucheinklemmung und Bruchentzündung. Redner erwähnt I. einen Fall, bei welchem Brucheinklemmungserscheinungen vorhanden waren und bei der Operation sich eine lipomatöse Entartung des Bruchsackes zeigte, II. einen Fall, in dem am zweiten Tage nach einer Entbindung Einklemmungserscheinungen eintraten, jedoch die Stuhlentleerung regulär erfolgte; man nahm Peritonitis in einem leeren Bruchsacke an, was sich als richtig bestätigte; die Herniotomie wurde nicht ausgeführt, es bildete sich ein Abscess, nach dessen Eröffnung der leere Bruchsack vorlag. Bemerkungen über Taxis grosser Brüche folgen, sowie Demonstration von zwei Präparaten, die sehr grosse Brüche betrafen; in einem Falle waren 69 Zoll brandigen Darmes exstirpirt worden, wonach Patient noch 12 Tage lebte.

37. Braune: Ueber die Mechanik der Respiration. Bei der Athembewegung verbreitern die unteren Rippen und vertiefen die oberen den Thoraxraum; Sternohyoideus und Genio-hyoideus sind digastrische Muskel, welche die compressible Passage zwischen Zungenwurzel und Pharynx frei halten. Ebenso wirkt das Platysma gegen den Atmosphärendruck auf die Halsweichtheile, dieselben von der Wirbelsäule abziehend. **v. Mosengeil** (Bonn).

F. Busch. Zur Technik der mikroskopischen Knochen-Untersuchung.

(Arch. für mikroskop. Anat. Bd. XIV. p. 480.)

Dem Verf. hat sich die Salpetersäure (cfr. Strelzoff, Eberth's Untersuchungen aus dem pathol. Institut zu Zürich Hft. 1. 1873) als das bei Weitem geeignetste Mittel zur Entkalkung der Knochen bewährt. B. benutzte chem. reine Salpetersäure und verdünnte dieselbe mit Wasserleitungswasser bis auf 10 Volum %. Für jeden jugendlichen Knochen wandte er 1%, für fötale Knochen noch schwächere Lösungen an. Ueber 10 % Lösungen ist B. nicht hinausgegangen. Die frischen Knochen legte B. zuerst 3 Tage in 95% Alkohol, dann in die 10% Salpetersäure, in welcher sie bei täglichem Wechsel der Flüssigkeit etwa 8—10 Tage blieben, dann 1—2 stündiges Auswaschen durch fliessendes Wasser, dann 95% Alkohol, welcher nach einigen Tagen durch neuen ersetzt wird. Jugendliche und fötale Knochen legte B. meist zuerst in 1% chroms. Kali und 1/10% Chromsäure, dann in 1—2% Salpeter-

säure, welcher häufig geringe Mengen von Chromsäure ($^1/_{10}$%) oder chroms. Kali (1%) zugefügt wurden. — Die Knochenschnitte machte B. vorzugsweise mit dem Gudden'schen Microtom ($6^1/_2$ cm innerer Cylinderdurchmesser), als Einbettungsmasse wurde das von Fritsch empfohlene Wallrath angewandt (cfr. Original p. 484). — Als Färbemittel bewährten sich besonders Haematoxylin und Eosin. Die Einbettung der Schnitte in Canadabalsam nahm B. unter Fortlassung von Nelkenoel etc. direct aus dem absoluten Alkohol vor. — Schliffe von macerirtem Knochen stellte sich B. in folgender Weise her: ein Querstück eines macerirten Knochens z. B. wurde mittelst Leim auf einen festen Stab von Buchenholz aufgeleimt, dann wurde der Holzstab in einen Support eingeschroben und mittelst der Kreissäge das Knochenstück in dünne Fornierblätter zerlegt, welche dann auf einer Holzplatte aufgeleimt, mittelst feinster englischer Feilen so verdünnt wurden, bis die Holzfaserung der Holzplatte deutlich durchschimmerte.

H. Tillmanns (Leipzig).

de Sousa Fontes. Ein lebender Knabe mit angeborenem Mangel aller Glieder.

(Virch. Arch. LXXI. p. 107.)

Ein von gesunden Eltern stammender 3jähriger Knabe, dessen Rumpf und Kopf wohl ausgebildet und dessen Intelligenz auffallend entwickelt war, zeigte den Mangel aller Extremitäten. Rechts hatte der Rumpf an der Stelle, wo der Oberschenkel sich ansetzen sollte, nur einen rundlichen Eindruck der Haut, einer Nabelnarbe ähnlich. Links fand sich ein kleiner Anhang von unregelmässiger Gestalt, ähnlich einem kleinen Unterschenkel, an welchen sich ein kleiner Fuss anschloss, dessen grosse Zehe wohlgebildet und mit einem Nagel versehen war. In diesem Anhang sind zwei knöcherne Säulen erkennbar (Femur und erster Metatarsalknochen?). Die obere articulirt mit dem Darmbein. Rechts oben am Brustkorb ist Schulterblatt und Schlüsselbein normal. Links ist ausser diesem ein Stück Humerus. Rechts ist der Stumpf ähnlich dem nach Exarticulation, links dem nach Amputation des Humerus in der Mitte.

Verf. glaubt, dass hier nicht ein Fall von Abschnürung der Extremitäten durch den Nabelstrang, sondern ein vitium primae formationis vorliege.

Madelung (Bonn).

Clever. Zur Behandlung des Carbunculus benignus.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 27. p. 239.)

Wegen eines Carbunkels von 7—8 Zoll im Durchmesser, mit erweichter Mitte, am Gesäss einer 60jährigen, heruntergekommenen Frau, werden 18 Injectionen von 2 % Carbollösung à 1 g gemacht. Nach 2 Tagen ist das Fieber und der Schmerz beseitigt, nach 4 Tagen geht die Infiltration zurück und die Heilung ungewöhnlich rasch von statten, ohne Nebenwirkungen von Seiten der Carbolsäure.

Mögling (Tübingen).

E. Besnier. Des injections souscutanées de chloroforme et particulièrement de leur emploi dans le traitement de la douleur.

(Bulletin général de therapeutique Bd. XCIII. 1877. No. 10.)

Verf. hat auch die zuerst von Roberts Bartholon empfohlenen subcutanen Chloroforminjectionen versucht.

In einem Fall von Ischias, wo sämmtliche andere Mittel erfolglos angewendet worden waren und die Morphiumeinspritzungen vom Patienten selbst wegen intensiver Nachwirkung verweigert wurden, verschaffte die Injection von 10—15 Tropfen nicht nur eine augenblickliche, sondern auch mehrere Stunden anhaltende Schmerzlosigkeit.

Verf. hat seither diese Chloroformeinspritzungen in gleicher oder grösserer Dosis, bis zum vollen Inhalt der Spritze (1,20 g), stets mit dem gleichen Erfolg in verschiedenen Fällen angewendet.

Es ist jedoch dafür zu sorgen, dass die Einspritzung recht sorgfältig und nur in das subcutane Zellgewebe zur Vermeidung schmerzhafter Entzündungen gemacht werde.

Als Hauptvorzug dieser Methode wäre die Vermeidung des acuten oder chronischen Morphinismus, ohne geringere schmerzstillende Wirkung, hervorzuheben. **Girard** (Bern).

Glattauer. Ein Beitrag zu den pulsirenden Blutcysten am Kopfe. (Aus der Billroth'schen Klinik.)

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 32.)

Nach kurzer Mittheilung der in der Literatur verzeichneten Fälle von extracraniellen Blutcysten, die mit dem Innern des Schädels communiciren, wird der Fall eines solchen pulsirenden Tumors, bei einem 5jährigen Knaben, beschrieben. Es bestand in diesem Fall zugleich eine auf Neuritis optica beruhende Blindheit auf beiden Augen, die sich im Januar 1877 mit dem Tumor zugleich in der Reconvalescenz von Pocken bei dem bis dahin gesunden Knaben gezeigt hatte. Die Therapie bestand in Compression des Tumor. Kein Erfolg.

v. Mosengeil (Bonn).

Jelenffy. Epiglottikon.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 31.)

Das Instrument dient zur Aufrichtung des gesenkten Kehlkopfdeckels. Es besteht aus 2 Theilen, einer sichelförmig geformten Nadel und einem, in einen Griff eingesetzten Stahlstab. Mit Hülfe des letzteren soll die Nadel, die mit einem langen Faden versehen ist, möglichst knapp am Epiglottisknorpel durch das Lig. glosso-epiglott. med. durchgestossen werden. Den Stahlstab entfernt man hierauf, die Nadel bleibt liegen und wird an dem daran befestigten Faden die Epiglottis aufgerichtet. **v. Mosengeil** (Bonn).

Kufferath. Calculs du canal de l'urèthre. Extraction. Guérison.

(La presse méd. Belge 1877.)

Bei einem 52jährigen Mann, welchem vor 17 Jahren wegen Carcin. penis die ganze Pars pendula penis amputirt werden musste, ohne dass bis heute eine Spur eines Recidivs sich gezeigt hätte, trat eine Verengerung der äusseren Urethralmündung ein, welche sich faltig weit hinter das Niveau der äusseren Haut zurückzog, den Urin nur tropfenweise passiren liess und durch Sondiren nur mit Mühe zu finden war. Hinter dieser Verengerung kam eine bedeutende Dilatation der Urethra mit Concrementbildung zu Stande. Der dadurch erzeugte Tumor war vom Perineum und vom Rectum aus zu fühlen, hatte fast Faustgrösse und verlor sich nach hinten in die Prostata. Nach und nach stellte sich Incontinentia urinae ein. Die Versuche, mit Laminaria die äussere Mündung der Urethra zu erweitern, führten nicht zum Ziele; daher wurde zur blutigen Erweiterung geschritten. So entleerte man 5 erbsengrosse Concremente und noch mehrere kleinere, alle bestehend aus phosphors. Kalk, phosph. Ammoniak-Magnesia, Harnsäure und harns. Kalk. Um ein Recidiv der Strictur zu verhüten, wurde die Schleimhaut vorgezogen und weit nach vorn an die äussere angefrischte Haut angenäht. Die Dilatation ging jetzt sehr rasch zurück, der Katarrh der Urethra verschwand; dagegen blieb die Incontinenz bestehn.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Nachtrag. — In dem Bericht über das Spital zu Basel, Centralbl. f. Chir. 1877, No. 50. p. 833 klärt sich der Widerspruch hinsichtlich der Resultate der Handgelenksresectionen dahin auf, dass im Jahr 1876 nur 2 resecirt wurden, die nachher zur Amputation kamen; der dritte Fall am 6. Juni 1876 zwar tödtlich endigte, aber schon am 19. Mai 1875 zur Operation gekommen war. Ich habe somit die Jahreszahl 1875, die übrigens nur beim Aufnahmetermin steht, übersehen, was ich hiermit berichtigend hinzufügen möchte. **Mögling** (Tübingen).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. **Sonnabend, den 2. Februar.** **1878.**

Neurectomie des II. Astes des V. nach osteoplastischer Resection des Jochbeins, nebst Vorschlag zu einer neuen Schnittführung.

Von
Dr. Hermann Lossen,
a. o. Professor der Chirurgie.

Regina Scheuerer, 55 Jahr, aus Ludwigshafen, eine sonst gesunde, kräftige Frau, leidet seit 7 Jahren an heftigem Gesichtsschmerz, der vom Foramen infraorbitale sin. beginnend, gegen Nase, Mund und linke Wange ausstrahlt. Seit 2 Jahren tritt der Schmerz auch im Gebiete des ersten Astes des V. auf und durchtobt, wie gewöhnlich, die Bahn des Supraorbitalis. Die Schmerzen nehmen dann, gleichzeitig mit den vorher erwähnten, ihren Anfang am Foramen supraorbitale und verbreiten sich auf die ganze linke Kopfhälfte.

Von früheren Krankheiten werden ein vor 8 Jahren aufgetretenes Wechselfieber (quotidiana), das auf Chinin heilte, und »Krämpfe«

angegeben, welche mit dem Aufhören der Menses coincidirten. In den letzten Jahren sind die neuralgischen Schmerzen ganz besonders häufig und heftig aufgetreten. Zu manchen Zeiten ist die Kranke nicht 10 Minnten frei. Jedes Lachen, Sprechen, Kauen, jedes weite Oeffnen des Mundes löst einen Anfall aus. Die Schmerzen sind dann nicht selten so heftig, dass Patientin sich zu Boden krümmt, die Ellenbogen auf die Kniee presst und durch Reiben und Drücken der Wange und des Oberkiefers Linderung zu schaffen sucht.

Die Zähne der linken Seite, die oberen wie die unteren, sind längst der Reihe nach umsonst geopfert worden. Nicht besseren Erfolg hatten die gewöhnlichen inneren Mittel, Chinin, Morphium etc., die Einreibungen mit Jodsalbe und Ungt. cin., die Einpinselungen der Wangenschleimhaut und der Kieferränder mit Höllensteinlösungen. Auch die Elektricität, vor 2 Jahren in Form des inducirten Stromes angewandt, war fruchtlos.

Ich sah Pat. Anfang Juli 1877. Der lange, 7jährige Bestand der Neuralgie, ohne begleitende oder hinzutretende Hirnerscheinungen, liess den Schluss auf eine periphere Ursache als gerechtfertigt erscheinen und so schlug ich der Kranken die Ausschneidung des afficirten Nerven, des II. Astes des V. vor. Sie war zu einer Operation schon längst entschlossen und ging auf den Vorschlag sofort ein.

Am 8. Juli 1877 führte ich die osteoplastische Resection des Jochbeins nach der Methode von Lücke aus. Die Operation verlief ohne besondere Schwierigkeiten. Nachdem der Knochenlappen zurückgelegt und etwas traubiges Fett herausgeräumt war, konnte man die von unten heraufziehende Art. infraorbitalis gut erkennen. Sie wurde doppelt unterbunden und durchschnitten. Nun wird der innere Rand des Temporalis gut nach aussen gehalten und der Nerv mit einem feinen, stumpfen Häkchen umgangen, dessen Oehr mit einem Seidenfaden armirt war. Nachdem die Ligatur befestigt, wird der Nerv hervorgezogen und zuerst am Eintritt in den Infraorbitalcanal, dann am Foram. rotundum mit der Scheere abgeschnitten. Das excidirte Stück betrug 8 mm. Die Wundhöhle wird mit 5% Carbolsäure ausgewaschen und ausgespült, ein Drainrohr eingelegt und der Weichtheillappen sorgfältig vernäht. Ein Wattecompressivverband deckt das Ganze.

Mit dem gewöhnlichen Schnitt in der Augenbraue legte ich nun auch den linken Supraorbitalis blos und schnitt über 1 cm desselben aus. Man kann darüber streiten, ob dies dringend nöthig war. Vielleicht hörten diese irradiirten Schmerzen von selbst auf, wenn die Leitung im eigentlich afficirten Nerven aufgehoben war. Doch wusste man mit Sicherheit, dass nur eine Irradiation vorlag? Ich wollte bei dieser zweifelhaften Sachlage der Pat. eine immerhin mögliche Enttäuschung ersparen.

Als die Kranke aus der Narkose erwachte, konnte in den Gebieten des Supraorbitalis, des Alveolaris sup., des Zygomaticus, des Infraorbitalis vollständige Unempfindlichkeit constatirt werden. Ein Schmerzanfall trat von da ab nicht mehr ein.

Die genaue mikroskopische Untersuchung des aus dem II. Aste excidirten Nervenstückes liess nichts Abnormes entdecken.

Der Heilungsverlauf war, mit Ausnahme eines in der dritten Woche auftretenden, sehr begrenzten Gesichtserysipels, ungestört und günstig. Die Drainröhre wurde in der dritten Woche entfernt; nach 5 Wochen war das Jochbein festgewachsen, die Narbe überall solid und eingezogen. Die Verbreitungsbezirke der durchschnittenen Nerven sind noch unempfindlich. Nur an der linken Seite der Oberlippe beginnt von der Mittellinie her das Tastgefühl sich wieder herzustellen.

Am 10. Sept., 8 Wochen nach der Operation, sah ich Patientin wieder. Sie ist vollkommen frei von Schmerzen geblieben.

Die ganze Oberlippe linkerseits ist wieder empfindlich. Der Mund kann nur so weit geöffnet werden, dass der Zeigefinger eben zwischen die zahnlosen Kiefer eindringt.

Am 16. Dec., 5 Monate nach der Operation, stellte sich die Kranke wiederum vor. Die Analgesie dauert ungestört fort, die Anaesthesie dagegen ist in den betheiligten Nervenbezirken fast vollständig geschwunden. Patientin localisirt Nadelstiche und thermische Reize an der linken Wange und der linken Seite der Stirn beinahe ebenso rasch und sicher wie rechts. Schmerzanfälle werden dabei nicht ausgelöst.

Bedeutet das eine Regeneration des ausgefallenen Nervenstückes? Ich bezweifle dies. v. Bruns[1]) und Wagner[2]) haben ähnliche Beobachtungen verzeichnet und v. Bruns meint, dieses frühzeitige und von der Peripherie her beginnende Wiederkehren des Tast- und Temperaturgefühls könne nur durch Nebenleitung erklärt werden. Entweder müsse man ein Einwachsen benachbarter Nervenfäden annehmen, oder eine intensivere Inanspruchnahme von Nebenbahnen, welche, zwar vom Trigeminus stammend, jedoch nicht in seinen Hauptästen enthalten seien, sondern isolirt, oder, wie physiologisch nachgewiesen, mit dem Facialis verliefen. Endlich sei es auch denkbar, dass schon im physiologischen Zustande einzelne Nervenfäden benachbarter Quintusäste, oder des Quintus der anderen Seite den betreffenden Hautbezirk auf dem Wege der Anastomose mit versorgt hätten und nun nach Zerstörung der Hauptleitung, der gesteigerten Anforderung entsprechend, die ganze Leitung nach dem Centralorgane allmälig übernähmen.

Die erste Möglichkeit ist schon von Wagner beanstandet worden. Ein Auswachsen von Endfasern in den anliegenden Bezirk ohne jegliche voraufgegangene Verwundung entbehre jedes Analogons und könne am wenigsten mit dem Auswachsen von durchschnittenen Nerven in transplantirte Hautlappen verglichen werden.

Die Leitung durch praeexistirende Seitenbahnen, zumal durch

---

[1]) v. Bruns, Die chirurg. Pathologie und Therapie des Kau- und Geschmacksorgans, I. Bd. 1859. p. 846.

[2]) Wagner, Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie, Bd. XI. Hft. 1.

die den Facialis begleitenden Zweige des V., hat in einem Falle von Schuppert[1]) eine drastische Illustration gefunden. Er resecirte der Reihe nach den Infraorbitalis, den Alveolaris superior, den Alveolaris inferior, unterband die Carotis communis, um endlich nach Durchschneidung des Facialis der Neuralgie Herr zu werden. Der endliche Erfolg wurde noch 5 Jahre nachher constatirt.

Die letzte Möglichkeit, die v. Bruns annimmt, ein Vicariiren benachbarter Nervenbahnen, hat viel Bestechendes und würde für unseren Fall am meisten zutreffen. Sie erklärt am ehesten und besten das periphere Auftreten der wiederkehrenden Sensibilität, sowie ihre spätere gleichmässige Ausbreitung. Die Hypothese verstösst allerdings gewaltig gegen das bis jetzt noch gültige Gesetz der isolirten Leitung, sie supponirt zudem eine zum Theil centrifugale Leitung in sensibelen Nervenbahnen. Auf der anderen Seite hat dieselbe durch Untersuchungen von Arloing und Tripier[2]) einen merkwürdigen Stützpunkt erhalten. Bei Durchschneidungen von Extremitätennerven bei Hunden und Katzen fanden diese Forscher, dass der von dem durchschnittenen Nerven versorgte Hautbezirk sensibel blieb, so lange noch ein Collateralast die Leitung nach dem Centrum vermitteln konnte. Unter der gleichen Bedingung blieb auch der periphere Stumpf des durchschnittenen Nerven empfindlich. Auf diese Beobachtungen gestützt nahmen sie eine »recurrirende Sensibilität« an, welche in peripheren Nervenausbreitungen sich durch Anastomosen vermittele. In neuerer Zeit hat Ernst Remak[3]) zwei Fälle veröffentlicht, in welchen nach Verletzung einmal des Ulnaris, das andere Mal des Radialis, die Sensibilität in den versorgten Gebieten wiedergekehrt war, ohne dass eine Regeneration an Stelle der Verwundung angenommen werden konnte.

Ist man hiernach berechtigt, ähnliche Verhältnisse in den Bahnen des Trigeminus zu unterstellen? Anastomosen von Nervenbündeln sind zwar vielfach bekannt, Uebergänge von einer Primitivfaser in die andere aber nirgends bewiesen. Auch wurde meines Wissens noch niemals nach der Neurotomie oder Neurectomie der periphere Stumpf auf seine Empfindlichkeit geprüft. Nach den Beobachtungen von Arloing und Tripier liegt der Werth derartiger Versuche auf der Hand, und wenn wir auch die endgültige Lösung der Frage den Physiologen und Neuropathologen überlassen müssen, so glaube ich doch, dass sich die Chirurgie der Verpflichtung zu solchen Beiträgen nicht entziehen kann.

Bei der letzten Untersuchung der Patientin wurde auch constatirt, dass der Unterkiefer entschieden beweglicher geworden war. Die Kranke konnte jetzt den Mund $2^1/_2$ cm weit öffnen und war im

---

[1]) Schuppert, Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. III. No. 5. 6.

[2]) Archives de Physiologie 1869. II.

[3]) Ernst Remak, Zur vicariirenden Function peripherer Nerven des Menschen. Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 48. Man findet hier auch die einschlägige Literatur vollständig angegeben.

Stande, grössere Bissen einzuführen. Immerhin war eine offenbar narbige Verkürzung der Kaumuskeln zurückgeblieben.

Ausser dem eben beschriebenen Falle sind hier in Heidelberg noch 3 Neurectomien nach der Lücke'schen Methode ausgeführt worden. Die erste, von Simon, habe ich bereits früher (Centralbl. für Chir. 1876, No. 20) beschrieben. Zwei andere wurden von den chirurgischen Assistenzärzten Dr. Braun und Dr. Hack im Spätsommer 1876 gemacht. In allen 4 Fällen beobachteten wir, dass noch nach Monaten der Mund nur bis zu einem gewissen Grade geöffnet werden konnte. In dem ersten Falle gab dieser Umstand ein wesentliches Hinderniss ab bei der Ausführung der Paravicini-schen Ausschneidung des Mandibularis. Ob an dieser Behinderung der Kaubewegungen der von seiner Insertion abgetrennte Masseter, oder der in die Wundhöhle frei hineinragende Temporalis Schuld ist, das kann nur eine Autopsie entscheiden. A priori liegt es übrigens näher, den Masseter als den am intensivsten verletzten Muskel zu beschuldigen. Dies brachte mich zu der Frage, ob denn die Resection des Jochbeins nicht gemacht werden könne, ohne Ablösung des Masseter. Die folgende Schnittführung, die ich an der Leiche mehrfach geprüft und bei nächster Gelegenheit am Lebenden anzuwenden gedenke, löst die Aufgabe.

Der erste Schnitt ist ganz der von Lücke, oder vielmehr von Bruns angegebene. Er beginnt etwas oberhalb des äusseren Augenwinkels und zieht wenige Linien vom äusseren Augenhöhlenrande entfernt, schräg nach unten und innen bis zum unteren Rande des Jochbeinkörpers. Er dringt sogleich bis auf den Knochen; in ihm wird das Jochbein mittelst der Stich- oder Kettensäge schräg nach innen und vorn durchtrennt. Anstatt nun nach Lücke den zweiten Schnitt am unteren Jochbeinrande herziehen zu lassen, führe ich ihn vom oberen Ende des ersten Schnittes rechtwinkelig abgehend bis zum Jochfortsatz des Schläfenbeins. Der Schnitt durchtrennt mit der Haut das subcutane Bindegewebe und die Fascia temporalis. In seinem untersten Abschnitte wird der Jochbogen durchgesägt oder -gemeisselt. Der ganze nach oben in einen rechten Winkel auslaufende Lappen sammt dem Jochbeine wird nach unten geschlagen. Der Zugang zur Fossa sphenomaxillaris ist nun ebenso frei geöffnet, wie bei der Lücke'schen Schnittführung. Der Masseter aber bleibt unversehrt an dem heruntergeklappten Jochbeine.

Werden nach vollendeter Operation die Weichtheile sorgfältig vernäht, so ist das Jochbein hinlänglich nach oben gestützt, zumal wenn die an ihm sich inserirende Fascia temporalis mit in die Naht gefasst wurde.

Zur Drainirnng der Wundhöhle dient der unterste Abschnitt des ersten Schnittes.

Tritt, wie in den bisher operirten Fällen, eine knöcherne Vereinigung am Jochbeine ein, so dürfte der intact gebliebene Masseter nun wohl kein Hinderniss für das normale Oeffnen des Mundes ab-

geben. Die Operation am Lebenden hat hierüber endgültig zu entscheiden und es sei daher die oben beschriebene Schnittführung den Fachgenossen zur Prüfung empfohlen.

Heidelberg, 6. Januar 1878.

Nachtrag. Als das Manuscript bereits abgeschickt war, erfuhr ich von meinem Freunde und Collegen Dr. Braun, dass er schon früher auf die gleiche Idee der Schnittführung gekommen sei und sie an der Leiche mehrfach geprüft habe.

Heidelberg, 21. Januar 1878.

B. A. Erdmann. Die Anwendung der Elektricität in der praktischen Medicin. 4. ganz umgearbeitete Auflage von Duchenne-Erdmann. Die örtliche Anwendung der Elektricität in der Physiologie, Pathologie und Therapie. Mit 72 eingedruckten Holzschnitten.

Leipzig, Verlag von **Joh. Ambros. Barth,** 1877. VIII. 312 S.

Verf., der Schwierigkeiten, eine den heutigen Bedürfnissen entsprechende Arbeit über Elektrotherapie zu liefern, sich wohl bewusst, hat aus der 3. trefflichen Auflage seines Werkes nur einzelne Abschnitte des 1. und 2. Theiles desselben, mit einigen Zusätzen und Verbesserungen versehen, in die vorliegende Auflage aufgenommen und die Zahl der Krankengeschichten wesentlich vermindert. Der 3. Theil ist vollständig neugeschrieben und basirt theils auf den in eigener Praxis gesammelten Erfahrungsresultaten, theils auf den Beobachtungen neuerer Fachgenossen. Von der Darlegung der Anwendung der Elektricität in der operativen Chirurgie als Elektrolyse und Galvanokaustik hat Verf. absichtlich abgesehen.

Im 1. Theile behandelt Verf. die verschiedenen Elektricitätsarten und deren Wirkungen, die zu medicinischen Zwecken construirten galvanischen und Inductionsapparate, sowie die Einwirkungen des elektrischen Stromes auf den menschlichen Körper.

Der 2. Theil enthält die örtliche Faradisation in ihrer Anwendung auf Physiologie und Pathologie behufs Feststellung der Functionen einzelner Muskeln und Nerven.

Der 3. Theil trägt die Ueberschrift: »Specielle Elektrotherapie«. Nachdem Verf. die therapeutischen Wirkungen der Elektricität im Allgemeinen und die elektrische Untersuchungsmethode besprochen hat, werden die traumatischen, die rheumatischen, die cerebralen Lähmungen, die Krankheiten des Rückenmarkes (Neurasthenia spinalis, Spinalirritation, parenchymatöse Myelitis, Tabes dorsualis, spinale Kinderlähmung, progressive Bulbärkernparalyse), die progressive Muskelatrophie, die hysterischen und Bleilähmungen, die Lähmungen nach acuten und chronischen Krankheiten, der Muskeln des Kehlkopfes, des Zwerchfells, Magens und Darmcanals, der Harnblase und männlichen Genitalien, die Krämpfe, die allgemeinen und vasomoto-

rischen Neurosen, die Neurosen der sensiblen und Sinnesnerven, die Anomalieen der Se- und Excretion und zuletzt die Anwendung der Elektricität in der Gynäkologie und Geburtshülfe in mehr oder minder ausführlicher, jedoch nicht immer erschöpfender Weise abgehandelt. Der praktische Arzt wird, wenn er sich bereits genügende elektrotherapeutische Kenntnisse auf der Universität erworben hat, das vorliegende Werk zeitweilig mit Nutzen zu Rathe ziehen können. Zum Selbstunterricht dürfte dasselbe deshalb weniger sich empfehlen, weil der Verf. in Bezug auf die Grundsätze einer rationellen Application des Stromes einen eigenen prononcirten Standpunkt vermissen lässt. Der Hauptwerth der 4. wie der früheren Auflagen des Erdmannschen Werkes liegt in der auf Duchenne'schen Untersuchungen basirten Darlegung der physiologischen Wirkung der faradischen Ströme auf die verschiedenen Muskeln.

Papier und Druck sind gut. Die Holzschnitte lassen zu wünschen übrig.

Im Grossen und Ganzen hat dem Ref. der Inhalt des Erdmannschen Werkes nicht missfallen. Ein grosser, bereits angedeuteter Fehler jedoch muss hervorgehoben werden, d. i. dass Erdmann sich weder ausnahmslos zur polaren Methode bekennt, noch durchgängig der Stromesrichtung huldigt, obschon eine die andere positiv ausschliesst und in der Neuzeit der polaren Methode der Vorzug fast allgemein zuerkannt worden ist, und diejenigen, welche wie Erdmann die Stromesrichtuug angeben, dabei unterlassen, den Beweis zu liefern, dass die Wirkuugen ihrer Applicationen rein auf polarem Wege zu erklären seien und die Stellung der einen der beiden Elektroden immer und ausnahmslos eine indifferente sei. — Wenn, wie Verf. p. 76 und 77 ganz richtig bemerkt, »die Dichtigkeit des Stromes im Nerven« bei der percutanen Galvanisation desselben zwischen beiden Elektroden »viel zu gering ist, um erhebliche und deutlich nachweisbare Wirkungen zu erzielen«, so ist hiermit unzweifelhaft der auf die Wirkung der Richtung, in welcher der Strom die interpolare Strecke durchkreisen soll, basirten Methode der Application jeder Boden entzogen und die Rückenmarks-Nerven-, Nerven-Muskel- etc. Ströme gehören in das Reich der nicht existirenden Dinge, können also auch keinerlei »praktische« Vortheile haben. — Unter den von Brenner der polaren Methode zu Grunde gelegten Sätzen, welche Verf. p. 77 und 78 citirt, hätte daher auch der fundamentale Satz aufgenommen werden sollen, dass »der Nerv zwischen beiden Elektroden als vom Strome nicht durchflossen betrachtet werden müsse«. Es stimmt dieser Satz auf das Vollkommenste mit der allgemein anerkannten Thatsache, dass der Nerv den ihn im grössten Theile seines Verlaufes umgebenden Geweben, insbesondere dem Muskelgewebe, an Leitungsfähigkeit nachsteht. Den Benedikt'schen Nerven-Muskel- etc. Strömen liegt dagegen die ebenso willkürliche als unrichtige Annahme zu Grunde, dass der Nerv der beste Leiter im Körper sei. — Ferner ist es dem Ref. auffallend gewesen, dass der

Verf. die doch nur noch historisch interessanten Einwürfe, welche von manchen Seiten der Brenner'schen Acusticus-Normalformel gemacht worden sind, auch heute noch erwähnenswerth findet (p. 89), während er letztere p. 295 doch positiv zugiebt. Dasselbe gilt von der Behauptung, die acustische Sensation beruhe nicht auf directer Durchströmuug des Hörnerven, sondern auf Contraction der Binnenmuskeln des Ohres. Dass diese nicht das Geringste mit der elektrischen Gehörsensation zu thun haben, hat Brenner ja längst bewiesen, und kann man sich in Fällen von langjähriger Caries der Paukenhöhle, wo alle Binnenmuskeln fehlen, sehr leicht davon überzeugen, dass der in Rede stehende Einwurf zweifellos unberechtigt ist, ebenso wie die Duchenne'sche Annahme von »einer Erregung der Chorda tympani« (p. 294). — Auch an anderen Widersprüchen fehlt es nicht; z.B. empfiehlt Verf p. 223 warm die Methode von Althaus bei Blasenlähmung, welcher besonderes Gewicht darauf legt, die Blase nicht intern zu behandeln, p. 268 dagegen wird von Verf. die Anwendung des doppelten Blasenexcitators (p. 94 abgebildet) d. i. interne Behandlung empfohlen. Pag. 220 sagt Verf. »jene« d. i. die (Behandlung des Rückenmarkes selbst, des Locus morbi) »hat der strengen Forderung Brenner's zu folgen« d. i. nach der polaren Methode, und p. 222 »Hinsichtlich der Sromesrichtung bevorzugen wir die aufsteigende etc.« — Pag. 221 benutzt Verf. »als ein sehr gutes Merkzeichen, ob das Rückenmark vom Strom getroffen ist, die ein- oder zweimalige Kathodenschliessung unmittelbar unter dem 7. Halswirbel; es tritt in diesem Falle sofort der bekannte und selbst von den stupidesten Kranken bemerkte metallische Geschmack auf«. Ist dies ein Beweis? — Pag. 263 heisst es: »In hartnäckigeren Fällen« (nämlich von hysterischer Aphonie) »bedurfte es jedoch einer wiederholten Anwendung des Stromes; doch waren selten mehr als 10 Sitzungen zur dauernden Heilung nöthig.« Ref. beglückwünscht den Verf. wegen so glücklicher Heilerfolge, vermag aber einer solchen Zuversicht nicht beizustimmen. — Bei den Erkrankungen des Gehörorgans (p. 294—296) hat Verf. es unterlassen, der Formel der Umkehr mit und ohne Hyperästhesie Erwähnung zu thun. »Die günstige Wirkung gegen das die einfache Hyperästhesie begleitende Ohrensausen ist aus wissenschaftlich angestellten Beobachtungen festgestellt«. »Bei der Behandlung desselben sind die erregenden Stromunterbrechungen nicht günstig« etc. »Aber auch die Galvanisation des Sympathicus und die Anwendung Volta'scher Alternativen hat nach Benedikt's Erfahrungen günstigen Einfluss auf das Ohrensausen etc.« Der von Brenner ausgesprochene Zweifel über die Möglichkeit der thatsächlichen Galvanisation des Sympathicus hat durch die neuesten von Fischer in München veröffentlichten, höchst interessanten Untersuchungen an Enthaupteten volle Bestätigung gefunden und sind wir, wie die Sache jetzt steht, kaum berechtigt, von einer Galvanisation des Sympathicus noch zu sprechen. — Doch genug der Ausstellungen, deren Zahl sich vom Ref. leicht hätte verdoppeln lassen.

Hagen (Leipzig).

Schoemaker. Die Nachblutungen nach der Anwendung der künstlichen Blutleere.

(Ned. Tydschrift voor Geneeskunde. Tom XIII. Afd II. Afl. 3.)

S. von Almelo hat ein Mittel gesucht, welches die noch immer nach Operationen unter Esmarch'scher Blutleere zu oft und zu reichlich vorkommenden Nachblutungen zu verhindern im Stande wäre, und meint solches in der folgenden Methode gefunden zu haben. Sie ist eine Modification des Esmarch'schen Verfahrens, welche für die Oberextremitäten in der Digitalcompression besteht. Diese wird angefangen im Momente, wenn die vorher angelegte elastische Binde entfernt wird. Weder der Schlauch noch die von Langenbeck anstatt des Schlauches angegebene breite Binde finden hier Verwendung. Beobachtungen an sich selbst und später bei Operationen lehrten ihm, dass sowohl die Blutleere des Gliedes nach dieser Digitalcompression vollkommen erhalten bleibt, als dass die Blutverluste nach der Operation wirklich bedeutend geringer sind, als vorher. Für die Unterextremitäten kam er auf einem anderen Wege zum Ziele. Das obengenannte Verfahren konnte hier nicht angewendet werden, da die Unterextremitäten sich zu bald wieder mit zurückgestautem venösem Blute anfüllten. Nachdem die herkömmliche elastische Einwickelung gemacht worden ist, wird die Digitalcompression der Art. femoralis ausgeführt und neben dieser die Umschnürung des Oberschenkels, welche aber blos soweit getrieben wird, dass die Venen undurchgängig werden. Diese schwache Constriction soll viel geringere Blutungen veranlasst haben, als die bis jetzt befolgte Methode. Es gehört einige Uebung dazu, den Grad der in diesem Falle erwünschten Constriction zu bestimmen. S. findet sie durch vorherige Uebung, indem er ohne Einwickelung die Kraft festzustellen sucht, welche zur alleinigen Hemmung des zurückgestauten venösen Blutes erforderlich ist. **Berns** (Amsterdam).

Jonathan Hutchinson. On the mode, in which lupus spreads.

(Med. times and gaz. 1877. Aug. 4.)

Verf. erklärt die Ausbreitung des Lupus durch cellulare Infection der Nachbarorgane von den bestehenden Knoten aus und vergleicht den ganzen Process mit der Ausbreitung des ulcus rodens, von dem sich der Lupus nur insofern unterscheiden soll, als er nicht, wie jenes, in die Tiefe, auf Fascien, Muskeln etc. sich ausbreiten kann, sondern auf die Haut beschränkt bleibt. Der Lupus beruht nicht auf einer allgemeinen Erkrankung des Blutes, sondern ist ursprünglich immer eine Localaffection, auch die Fälle von multiplem oder »Psoriasis-Lupus«; wäre das erstere der Fall, so müsste er, wie die gewöhnliche Psoriasis, symmetrisch auftreten, was nur in ganz seltenen Fällen vorkommt, und diese sind zu vergleichen mit den Fällen von universeller, namentlich melanotischer Krebsbildung der Haut, die Verf. sämmtlich als secundäre, in weiter Ausdehnung und gros-

ser Menge erfolgte gleichzeitige Infectionen von einem primären Tumor aus anspricht. — Verf. nimmt weiter an, dass bei den verschiedenen Individuen die Widerstandskraft der Gewebe gegen die Wanderung der lupösen Zellen verschieden sei oder dass die Krankheitsproducte selbst in ihrer Neigung zur Wanderung variiren, gerade wie beim Carcinom.

Zum Schluss empfiehlt Verf. auf Grund seiner Theorie dieselbe Therapie wie beim Carcinom: die ausgiebigste und frühzeitigste Zerstörung der Krankheitsherde. **H. Wildt** (Berlin).

N. Stroganow. Zur pathologischen Histologie des Lupus erythematosus.

(Centralbl. für die med. Wiss. 1877. No. 48.)

Verf. untersuchte 3, in verschiedenen Stadien der Entwickelung begriffene, lupöse Hautstücke von der Brust eines an Lupus erythematosus erkrankten 23jährigen Kosaken, der auf der Klinik von Tarnowsky behandelt und geheilt wurde. Es fand sich, dass alle Gewebe und Organe der Haut, namentlich aber das Bindegewebe und Epithel, an der Erkrankung Theil nehmen. Diese besteht einerseits in einer Trübung und Schwellung des Bindegewebes verbunden mit Zelleninfiltration. Die Zellen zerfallen aber schnell und werden theils aufgesaugt, theils zu Borken- und Schuppenbildung verwendet. Vorheriges Uebergehen der Zellen in spindelförmige oder plattenförmige, wie beim Lupus vulgaris, war nicht zu constatiren. Andererseits wuchern die Epithelialzellen und bilden Sprossen und verfallen dann ebenfalls einer Horn- oder Fettmetamorphose; sie tragen auch zur Borkenbildung bei und geben dem Leiden einen seborrhoischen Charakter. Auch das Epithel der Talgdrüsen und zuweilen der äusseren Haarwurzelscheide wuchert. **A. Bidder** (Mannheim).

H. Knapp. Zur operativen Behandlung der Gefässgeschwülste der Augenlider und des vorderen Augenhöhlenabschnittes.

(Archiv für Augen- und Ohrenheilkunde Bd. VI. Theil 1.)

Die Behandlungsweise, die Verf. empfiehlt, ist die Exstirpation, da im Vergleiche mit anderen Methoden Form und Beweglichkeit der Lider dabei am besten erhalten bleiben.

Die Gefässgeschwülste der Lider und deren Operation gruppirt K. in vier Abtheilungen, diese sind:

1) Cutane und subcutane Blutschwämme der Augenlider, welche nicht in den Lidknorpel und die Orbita eindringen. Sie werden exstirpirt unter Anwendung der Desmarres'schen oder einer ähnlichen Lidpincette.

2) Cutane und subcutane Blutschwämme der Lider, welche sich bis zum freien Rande und der inneren Fläche des Lides erstrecken.

— Partielle Exstirpation durch Entfernen des epitarsalen Geschwulsttheiles, der freie Lidrand und der Knorpel bleiben intact.

Die Nachblutung wird durch Eis, styptische Lösungen und Druckverband bewältigt; sollte es damit nicht gelingen, stillt Anlegung einer Klemmpincette die Blutung sicher.

Die Fortsätze des Nävus in dem intermarginalen Rand und in dem Knorpel schrumpfen.

3) Cutane und subcutane Gefässgeschwülste, welche Tarsus und Lidrand freilassen, aber in die Augenhöhle eindringen. Hier macht K. die Operation unter Einschiebung einer Hornplatte zwischen Augapfel und Geschwulst und drückt dieselbe an die knöcherne Orbitalwand. Wenn der Tumor an mehreren Stellen blutet, so wird jede derselben mit einer feststellbaren Fixationspincette zusammengepresst, um excessive Blutung zu verhüten. Ein Druckverband genügt in der Regel, um die Nachblutung zu stillen.

4) Orbitale, vasculäre Geschwülste, welche wichtige Theile der Lider: Knorpel, freien Rand und Commissuren mitergreifen. Zunächst wird der Augenhöhlentheil der Geschwulst exstirpirt. Incision durch die Haut oder Bindehaut, Vorziehen des Tumors, dann wird derselbe mittelst einer Hornplatte an die Orbitalwand gepresst und die Geschwulst ausgeschält, dabei sollen womöglich Lidcommissur, Tarsus und freier Lidrand nicht verletzt werden. Von Vortheil kann es sein, in der ersten Sitzung nur den Augenhöhlentheil zu entfernen, da dann Schrumpfung eintreten kann.

Die einzelnen Operationsarten werden durch eingestreute Krankengeschichten weiter erläutert. **Th. Kölliker** (Würzburg).

Zürn. Eine ansteckende Euterkrankheit bei Kühen.

(Deutsche Zeitschrift für Thiermedicin u. vergleichende Pathologie Bd. III. Hft. 5. u. 6. p. 381.)

Z. beschreibt eine von ihm nicht selbst beobachtete, bisher nicht beschriebene Euter-Erkrankung der Kühe nach ihm zugegangenen authentischen Berichten. Dieselbe wurde auf einem Gute in Holstein unter dem Rindvieh beobachtet und äusserte sich hauptsächlich durch Anomalien in der Milch-Secretion, welche häufig ohne allgemeine Krankheitserscheinungen die Milchkühe derselben Stallung nach einander befielen. An Stelle der Milch wurde eine wässerige, trübe, mit weissen oder gelben Bröckeln vermischte Flüssigkeit secernirt, die oft nur mit Mühe aus den Milchgängen zu entfernen war. Abgesehen von zeitweisen bis wallnussgrossen Anschwellungen im Verlauf der Milchadern, waren ausgesprochene entzündliche Erscheinungen im Bereich des Kuh-Euters nicht wahrnehmbar. In denjenigen Strichen des Euters, welche von dieser Anomalie befallen waren, versiegte gewöhnlich nach Ablauf der Erkrankung für einige Zeit die Milch-Secretion, trat jedoch in der nächsten Lactationsperiode in normaler Weise wieder auf.

Die von Z. selbst untersuchte Milch enthielt unter andern zahlreichen niedern Organismen, Micrococcen, Mycothrixfäden und Hefezellen und dergleichen, welche sich in gesunder Milch nicht finden. Bestimmte ätiologische Momente für diese Erkrankung haben sich nicht nachweisen lassen. **A. Hiller** (Berlin).

A. Bidder. Ueber Kniegelenksresection im kindlichen Alter.

(Vortrag gehalten beim 5. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

König hat zuerst darauf hingewiesen, dass nach Kniegelenkresectionen im kindlichen Alter häufig die Synostose der resecirten Knochen ausbleibe. Nun hat B. einem $4^1/_2$jährigen Kinde wegen Tumor albus die Kniegelenkresection gemacht. Aus verschiedenen Gründen musste das Kind $^1/_2$ Jahr lang zu Bett liegen; restirende Fisteln machten mehrfache Ausschabungen nöthig. Seit das Kind ausser Bett ist, ist es ohne Schienenapparat herumgelaufen. Ein Jahr und 10 Monate nach der Operation waren beide Beine gleichmässig gewachsen; 9 Monate später war das resecirte um 2 cm zurückgeblieben, es war aber der Winkel zwischen Ober- und Unterschenkel noch derselbe (148°) wie unmittelbar nach der Operation.

B. glaubt in dem öfteren Ausschaben der Fisteln ein Reizmoment für den Epiphysenknorpel gesetzt zu haben, das eine zur Synostose genügende Knochenneubildung hervorrief und schlägt vor, in jedem Falle künstliche Knochenreizung auszuüben, etwa einen Metallfaden durch die Epiphysen zu ziehen, zumal bei antiseptischer Wundbehandlung die Resectionswunden ungemein schnell und reactionslos heilen.

König bemerkt hierzu, dass er in manchen Fällen auch 2 Jahre lang resecirte Beine gerade gefunden, stets aber nach 5 bis 8 Jahren zunehmende Verkrümmung der resecirten Kniee constatirt habe.

A. Genzmer (Halle).

Cooper Forster. On fractures of the thigh.

(Guy's Hospital Reports 1876.)

Zur Behandlung der Oberschenkelfracturen mit Ausnahme derjenigen des Halses und der Condylen empfiehlt C. F. ganz besonders die von Hodgen in zweckmässiger Weise modificirte Smith'sche Suspensionsschiene (Abbildung beigefügt). Insbesondere behauptet er, die Verkürzung falle bei dieser Behandlung weit geringer aus, als bei jeder anderen, die Gewichtsbehandlung nicht ausgeschlossen.

2 Tabellen werden als Belege angeführt. In der ersten sind 47 Fälle von Oberschenkelfracturen zusammengestellt, welche mit Gewichten, Planum inclinat. dupl., Schienen etc. behandelt wurden. Die Verkürzung schwankt zwischen 0 und 4 Zoll und ist im Mittel von 40 Fällen (in den anderen 7 Fällen fehlen die Angaben über

Verkürzung) $^9/_{10}$ Zoll. In der zweiten Tabelle sind 17 Fälle verzeichnet, welche mit Hodgen's Schiene geheilt wurden. Die Verkürzung schwankt zwischen 0 und 1 Zoll und ist im Mittel von 16 Fällen (1 ohne Angabe) nicht ganz $^3/_8$ Zoll. Verf. hebt zugleich hervor, wie einfach der ganze Verband sei und wie grosse Freiheit der Bewegung er dem übrigen Körper gewähre. **H. Lossen** (Heidelberg).

Madelung. Ueber die Operation der Dupuytren'schen Fingerverkrümmung.

(Vortrag gehalten beim 5. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

M. demonstrirt Gypsabgüsse von Händen, an denen wegen »Contractur« der Palmarfascie die Busch'sche Operation (cf. Berliner klin. Wochenschrift 1875 No. 15 u. 16) ausgeführt worden; das Ergebniss ist durchgehend ein gutes. Der eine Abguss, 21 Tage nach der Operation abgenommen, zeigt, wie schnell und vollständig die Heilung von Statten gehen kann. Irgend welche orthopädische Nachbehandlung ist nicht nöthig. Ein 70jähriger Blödsinniger hatte sich der Behandlung entzogen, ehe die Operationswunde geheilt war; der 4 Jahre später von seiner operirten Hand genommene Gypsabguss zeigt ganz gerade Finger.

Ist das Uebel über grössere Theile der Fascie ausgebreitet, so operire man in mehreren Sitzungen. Die von Dupuytren nur ein Mal gesehene, von allen Chirurgen als ungemein selten angenommene Ausdehnung des Leidens auf den Daumen hat M. 3 Mal beobachtet. Er stellt zum Schluss einen Patienten vor, dessen Hände, wie Gypsabgüsse demonstriren, sehr schwer erkrankt waren, und durch eine Operation schon so weit hergestellt sind, dass ausgedehnte Flexions- und Extensionsbewegungen ausgeführt werden können. Völlige Heilung wird durch eine 2. Operation erreicht werden. Bei der Discussion warnt Busch vor Behandlung der Contracturen durch Electrolyse; das Uebel wird dadurch stets verschlimmert.

König erinnert sich zweier Fälle, in denen Erblichkeit nachweisbar war, und auch M. sah einen Patienten, in dessen nächster Verwandtschaft noch 2 derartige Erkrankungsfälle vorlagen.

A. Genzmer (Halle).

Kleinere Mittheilungen.

A. Sturge. Cases illustrating the transmission of syphilis. — Hôpital St. Louis, Paris, Service of. Mr. Fournier.

(Medical times and gazette 1877. Aug. 4.)

1. Fall. 32jährige, seit 10 Jahren verheirathete Person, Mutter mehrerer gesunder Kinder; in der ganzen Familie keine Spur von Lues. Als Pat. nach dem Tode des letzten Kindes, der unter Krämpfen erfolgte, sehr viel Milch in der Brust hatte, säugte sie das Kind einer Nachbarin; dieses Kiud litt an chronischem Schnupfen und hatte einen Ausschlag an der Unterlippe. Drei Wochen später entstand nach aussen von der rechten Brustwarze unserer Pat. eine oberflächliche Erosion,

die sich bald zu einem indurirten Geschwür entwickelte. 10 Wochen später wurde sie mit abendlichen Kopfschmerzen, papulösem Hautausschlag, multiplen Drüsenschwellungen und breiten Condylomen um die Vulva in das Spital aufgenommen. Die Mutter des inficirenden Kindes war früher von Fournier an specifischen Rachengeschwüren behandelt worden, hatte seitdem einen Abortus und eine Frühgeburt gehabt und litt zur Zeit an einem serpiginösen Ausschlag auf beiden Armen und Schenkeln, ausserdem an nächtlichen Kopfschmerzen.

2. Fall. 34jährige, immer gesunde Frau. 6 Kinder, von denen eins an Bronchitis, eins an Masern, eins an Pocken starb. Nach dem Tode des letzten 8 Monate alten Kindes säugte sie das Kind einer Nachbarin. Dieses, ein ganz atrophisches, am Ende des achten Monats geborenes Kind hatte Ausfluss aus der Nase und Geschwüre an Lippen und Zunge; es magerte immer mehr ab, bekam Convulsionen und starb nach sechs Wochen. 14 Tage nach dem Beginnen des Stillens entstand ein kleines Bläschen an der Aussenseite der rechten Brustwarze, drei Wochen später ein ganz entsprechendes an der linken; beide bekamen indurirten Grund, ulcerirten oberflächlich, die Drüsen in beiden Achselhöhlen schwollen an und es zeigte sich ein exquisit syphilitisches Exanthem.

3. Fall. 28jährige, gesunde Mutter, Kind gesund, nach 13 Monaten entwöhnt. Mutter, die noch Milch hat, stillt das kränkliche, an Erosionen der Mundschleimhaut leidende Kind einer Nachbarin, welches einen Monat später stirbt. 11 Tage später Auftreten von Papeln an beiden Brustwarzen, aus denen sich tiefe, mit indurirtem Grunde versehene Geschwüre entwickeln; consensuelle Anschwellung der Achselhöhlen-Lymphdrüsen.

4. Fall. Endlich theilt Verf. einen Fall mit, in dem ein Säugling, der die Gewohnheit hatte, sich und andern Leuten mit den Fingern in den Mund zu fahren, von seiner Amme, die an syphilitischen Schleimhautpapeln des Mundes litt, angesteckt, ein primär-syphilitisches Geschwür an der Zunge acquirirte und auf die erwähnte Manier seinen Vater, seine Mutter und Grossmutter inficirte, die sämmtlich primäre Geschwüre an den Lippen oder an der Zunge bekamen.

Verf. weist auf die Wichtigkeit dieses Uebertragungsmodus der Lues hin, der nach Fournier's Erfahrungen erschreckend häufig ist. Er stellt als gebieterische Forderung auf, dass wenn der Säugling einer Amme stirbt und die Antecedentien und die Todesursache des Kindes nicht ganz genau bekannt sind, die Amme erst nach 4 Wochen von neuem ein Kind stillen dürfe, damit sie nicht, wenn noch in der Incubation befindlich, den neuen Säugling inficire. Kinder mit hereditärer, vom Vater stammender Lues sollen nur von der eigenen Mutter gesäugt werden, die ja, selbst wenn sie bis dahin kein Zeichen von Lues darbot, niemals vom eigenen Kinde angesteckt wird. Hat die Mutter keine Milch, so sollen die Kinder direct aus den Eutern von Ziegen die Milch saugen, was keine Schwierigkeiten haben soll. Wird endlich eine Amme von ihrem Säugling inficirt, so soll sie um die Weiterinfection zu verhüten, möglichst in der betreffenden Familie behalten werden.

H. Wildt (Berlin).

Roberts. Aneurysmen.

(Philadelphia med. Times 1877. No. 249. p. 410.)

I. Aneurysma in der Kniekehle bei einem 26jährigen Neger, seit 4 Jahren entstanden, angeblich nach einem Trauma. Seit 3 Wochen Unmöglichkeit zu gehen. Keine Pulsation, keine Geräusche im Tumor. Puls in den Art. tibialis fehlt. — Schwellung der Inguinaldrüsen. — Heilung in 2 Monaten nach Unterbindung der A. fem. im Scarpa'schen Dreieck, mit voller Brauchbarkeit des Beines.

II. Ein 40jähriger Mann hatte vor Jahren einen Flintenschuss in die Innenseite des Kniees bekommen. Seit 8 Tagen Schmerzen daselbst, schliesslich volles Unvermögen zum Gehen. Das orangengrosse Aneurysma reichte am rechten Bein bis auf den Tibiakopf herab. Flexion allein erwies sich wirkungslos. Die Compression der Femoralis durfte nur absatzweise vorgenommen werden, aus Besorgniss vor Gangrän. Nach fast 4 Wochen traten bei einem Compressionsversuch plötzlich heftige Schmerzen und Schwellung des Beines ein, denen nach vierwöchentlichem höchst qualvollen Zustand des Pat. Gangrän des Fusses folgte. Sofortige

Amputation 6" über dem Knie. Heilung. Es war das sackförmige Aneurysma subcutan geplatzt. Eine Kugel wurde nicht gefunden.

III. Aneurysma in der rechten Leiste bei einem 58jährigen Individuum, seit 10 Monaten bestehend, von 1" über dem Lig. Poupart. bis zur Spitze des Scarpa'schen Dreiecks reichend und von der Symphyse bis zum Tuberc. ileopubic. — Nach Levis wurden zunächst gereinigte, 16" lange gekräuselte Pferdehaare mittelst eines feinen Troikarts in die Geschwulst geschoben. Zwar schien hiernach die Pulsation verringert, doch entschloss man sich bei der nahenden Gefahr des Platzens der Geschwulst zur Ligatur der A. iliaca externa. Carbolisirte Catgutligatur. Tod 10 Tage nach der Unterbindung an Peritonitis. Im Aneurysma fanden sich die eingeführten Pferdehaare und viel weiche Blutklumpen. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

J. Eliot. Simultaneous ligation of the carotid and subclavian arteries for aneurism of the arteria innominata.

(Americ. Journ. of the med. scienc. 1877. April.)

Bis jetzt sind 7 oder 8 Fälle von gleichzeitiger Ligatur der Subclavia und Carotis veröffentlicht worden. Die Resultate sind nicht ermuthigend. Rossi's Fall starb am 6. Tage; Heath's Patient wurde geheilt; Hutchinson's Pat. starb am 41. Tage; Maunder's am 6.; Sand's nach 6 Monaten; Lane's Fall besserte sich etwas, dann wuchs das Aneurysma rapid; Holmes's Kranker starb nach 4 Wochen und der vorliegende Fall endete tödtlich am 25. Tage.

Ende Sept. 1876 stellte sich St. L. vor, ein Neger, 41 Jahre alt, verheirathet, von guter Constitution und klagte über einen klopfenden Tumor am Halse. Aneurysma in der Grösse einer Faust, etwas rechts von der Mittellinie. Die untere Grenze war nahe über dem Sternoclaviculargelenke, die obere an der Cartilago thyr. Vor 3 Jahren hatte sich schon ein nussgrosser Knoten gezeigt, erst weich, dann härter. Er verschwand nach 3 Monaten theilweise. Seit 2 Jahren war er wieder gewachsen und hatte deutlich pulsirt. In den letzten 6 Monaten rapides Wachsthum. Der Fall war fast hoffnungslos, Pat. zu Allem bereit, was nur einen Schimmer von Hoffnung brachte. Am 15. Oct. Operation nach Brasdor: Unterbindung der Carotis comm. in der oberen Halsgegend und unmittelbar darnach Unterbindung der Subclavia in ihrem unteren Drittel. Pat. nach der Operation vollkommen klar, trank begierig Fleischbrühe, zeigte nicht die geringsten cerebralen Symptome. Er klagte nur über Schmerzen im Pharynx und Schlingbeschwerden. Heilung verlief ohne Störung. Am 15. Tage konnte Pat. das Bett verlassen. Als er allein zu Stuhl ging, platzte der Sack und es ergossen sich ca. 16 Unzen Blutes. Eisenchlorid. Compression. 4 Tage später fühlt sich Pat. wieder ziemlich wohl und verlangt nach Hause. Transport ohne Schaden. Am 5. Oct. hatte der Tumor ein eigenes Aussehen. Der Inhalt des Sackes ist vorgefallen und beginnt sich theilweise brandig abzustossen. Am Rande des brandigen Pfropfes entleert sich blutiges Serum. Delirien.

Am folgenden Tag hebt sich die Masse wie eine Wurzel aus dem Sacke heraus. Wiederholte Haemorrhagien, Kräfte schwanden, Tod am 8. Oct.

Section 8 Stunden nachher. Die Ligatur der Carotis lag lose in der Wunde. Die concave Seite der Aortenbogen atheromatös. Gefässwände sehr dünn. Der Ursprung der Art. innominata maass 2 Zoll im Durchmesser und erstreckte sich bis dicht an die linke Carotis. Die äussere Wand der Art. innominata war in ein sackartiges Aneurysma ausgedehnt, dessen senkrechter Durchmesser $5^5/_8$ Zoll, dessen querer 4 Zoll, dessen Diameter antero-post. $3^5/_{16}$ Zoll betrug. Der Sack war ganz ausgefüllt mit concentrisch geschichteten Plättchen von Faserstoffniederschlägen, die sich nach der Carotis und Subclavia hin ausdehnten. Die dicke Masse, welche sich Tags zuvor abgestossen hatte, bestand ebenfalls aus Faserstoffklumpen und maass $4^3/_8$ zu 2 Zoll. **H. Lossen** (Heidelberg).

Barthel. Ein Darmpolyp als Ursache einer Invagination.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 36. p. 310.)

Sectionsbefund: $2^1/_2$ Fuss über der Valvula Bauhini besteht eine halbfusslange Invagination. Oberhalb derselben ist der Darm durch Speisereste und Gase stark

ausgedehnt. Genau am oberen Ende des invaginirten Darms liegt ein submucöses Fibromyom, taubeneigross, wie ein Ventil. Verf. macht nun zur Erklärung des Falles folgende Schlüsse:

1. Der Polyp hat wohl wiederholte Koprostasen im direct über ihm gelegenen Darmstück mit Dehnung der Wände veranlasst.

2. Durch diese Dehnungen sind schliesslich die Ganglienzellen in der Wand functionsunfähig geworden.

3. Diese Ganglien besorgen aber das nächst folgende, vom Polypen abwärts gelegene Darmstück, somit wurde dasselbe paralytisch.

4. Dieses paralytische Darmstück konnte nun invaginirt werden, bis der Polyp am oberen Ende der Einstülpung Halt gebot. **Mögling** (Tübingen).

R. Kaltenbach. Beitrag zur Laparotomie bei fibrösen Tumoren des Uterus.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. II. Hft. 1. p. 183.)

Verf. berichtet über 3 von ihm operirte Fälle:

1) Grosse fibrocystische Geschwulst des Uterus bei einer 40jährigen Nullipara. Indication zur Operation: Sehr rasches Wachsthum und Blutungen, Compressionserscheinungen an den Abdominalorganen. Amputatio uteri supravaginalis nach Péan. Tod am 4. Tage nach der Operation an septischer Peritonitis, ausgehend von Gangrän des Stielstumpfes.

2) Stark apfelgrosses subseröses, gestieltes Myom des Uterus bei einer 46jährigen Nullipara. Seit 4 Jahren Menopause. Seit 3 Jahren heftige Schmerzanfälle im Kreuz und Abdomen, besonders in der Magengegend. Schmerzen anscheinend als Folge von Druck der in der Kreuzbeinaushöhlung liegenden Geschwulst, da kein anderer Grund nachweisbar ist und die Schmerzen nachlassen, wenn der Tumor in die Bauchhöhle geschoben wird. Operation leicht. Der kleinfingerdicke Stiel in 2 Hälften unterbunden, versenkt. Sehr günstiger Heilungsverlauf. 10 Tage keine Schmerzen, darauf kehren die cardialgischen Anfälle wieder, während die Schmerzen im Kreuz und Abdomen fortbleiben. Pat. stirbt einige Zeit später an Carcinoma cardiae.

3) Subseröses mit stielartiger Basis am Fundus uteri aufsitzendes Myom bei einer 47jährigen Wittwe, die wegen Prolaps des bedeutend verlängerten Uterus in Behandlung kam. Prolaps unterhalten durch das Gewicht des Tumors. Auf Wunsch Exstirpation des 1600 Grm. schweren Myoms und Einheilung des Fundus uteri in die Bauchwunde. Heilung. Prolaps ganz beseitigt. Portio in der Höhe des oberen Symphysenrandes stehend. **Benicke** (Berlin).

Liégeois. Atrophie testiculaire. Féminisme.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 38.)

Ein 25jähriger Soldat hatte eine sehr ausgesprochene Atrophie beider Hoden, die sich wie 2 kleine Erbsen anfühlten. Anamnestisch war Nichts zu eruiren; Orchitis war nicht vorhergegangen. Das Glied des Individ. war normal, es hatte auch Erectionen, doch fand keine Samenejaculation statt. Am Schamberg reichlich Haare, an Kinn und Oberlippe ein leichter Flaum; die Brüste waren prall und fest wie beim Weibe entwickelt.

Unter den hereditären Antecedentien des Individuums ist Nachfolgendes bemerkenswerth: Sein Vater war kurz nach seiner Verheirathung epileptisch geworden; die Mutter war gesund; sein Grossvater väterlicherseits ertränkte sich im geisteskranken Zustande; von seinen 3 Brüdern hat der erste eine Fingercontractur, spontan entstanden; der 2. ist einäugig, der 3. hat eine Spina bifida.

Fr. Steiner (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 6. **Sonnabend, den 9. Februar.** **1878.**

Beitrag zur Steinkrankheit der Nieren.

Von

Dr. **Hermann Kraussold** in Frankfurt a/M.

Bis durch Simon's klassisches Werk die Grundsätze des operativen Handelns in den Krankheiten der Nieren, des Nierenbeckens und der Harnleiter in wissenschaftlich klarer und überzeugender Weise festgestellt wurden, war die Chirurgie der Nieren ein zumal auf deutschem Boden wenig cultivirtes Gebiet. Auf Grund der Simon-schen Arbeiten haben wir das Recht, uns eine Anzahl der Erkrankungen eines früher nur den Bestrebungen einer inneren Therapie zugänglichen Organs, klar vor die Augen zu führen und die Hoffnung, mit der sich allmälig vervollkommnenden Sicherheit der Diagnose und der sich mehr und mehr ausbildenden Technik des Operationsverfahrens, bei einseitigen Nierenerkrankungen in ähnlicher radicaler Weise verfahren zu können, wie es uns die letzten Jahrzehnte für

die Krankheiten eines anderen paarigen Organs, der Eierstöcke, gelehrt haben; um so mehr, als die Exstirpation einer, sei es durch Steinkrankheit oder einen anderen Process schwer erkrankten Niere, was die Operation als solche betrifft, oft als geringerer Eingriff imponiren muss, als viele unter den ungünstigsten Verhältnissen ausgeführte Ovariotomieen oder Operationen an anderen Organen der Bauchhöhle, z. B. der Milz.

Simon's Schlüsse basiren auf den Erfahrungen, die er an Menschen und Hunden einerseits gemacht hat, während andere wieder rein hypothetischer Natur sind. Es ist nun Sache der Zukunft, durch Sammeln einschlägiger, günstiger und ungünstiger Beobachtungen manchen auf theoretisch-logischer Basis beruhenden Schlüssen Simon's einen praktischen Grund zu geben, durch Sammeln kleiner, zur Sicherung der Diagnose bestimmter Nierenleiden führender Merkmale den Symptomencomplex im Allgemeinen immer mehr zu vervollkommnen, bereits Beobachtetes zu bestätigen, Neues bekannt zu geben; denn es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass wegen Unsicherheit der Diagnose ein energisches Vorgehen oft unterbleibt oder zu spät erfolgt.

In diesem Sinne bitte ich einige Bemerkungen aufzufassen, die neben einer Krankheitsgeschichte ein dem Lebenden entnommenes Präparat beschreiben sollen, das zur Vervollständigung der für die Steinkrankheit der Nieren beobachteten Erscheinungen von Werth sein mag. Das Präparat[1]) besteht in einem Blutgerinnsel von ungewöhnlicher Grösse und Derbheit, das aus der Harnröhre eines schon längere Zeit leidenden 58jährigen Mannes unter bedeutender Dysurie entleert wurde. In dieses Coagulum eingebettet wurden auf dem Durchschnitt 2 kleine Steine gefunden, deren einer von Stecknadelkopf-Grösse gleichmässig rund erscheint, während der andere, grössere, eine ungleichmässig facettirte Oberfläche hat. Die Notizen, die ich über den gegenwärtigen Zustand des Kranken und über seine Vergangenheit zu geben im Stande bin, sind folgende:

Herr M., 58 Jahre alt, ist ein kräftiger, gesund aussehender Schneidermeister. Von früheren Leiden des Urogenitalsystems ist nichts bekannt; Zeichen der gegenwärtigen Krankheit wurden zuerst am 17. Jan. 1877 bemerkt, nachdem schon längere Zeit Schmerzen in der rechten Lendengegend und das wechselnde Gefühl von Steifheit vorhergegangen waren. An diesem Tage bekam Pat. plötzlich bei einer forcirten Bewegung, die er gelegentlich des Springens über einen Zaun ausführte und bei der er momentan Schmerz in der Lendengegend verspürte, eine starke Blutung aus den Harnwegen, die nach einigen Tagen durch die Behandlung mit den gewöhnlichen Mitteln wieder aufhörte; der Urin wurde wieder vollkommen klar. Stärkere kolikartige Anfälle traten dabei nicht auf. Zu erwähnen ist noch, dass Patient viel Wein trinkt und ein grosser Verehrer eines hiesigen nationalen Getränkes, des Aepfelweins, ist. Der Vater

---

[1]) Demonstrirt in der Sitzung des hiesigen ärztlichen Vereins vom 21. Jan. 1878.

des betreffenden Kranken starb an Marasmus senilis, die Mutter lebt noch; von einem ähnlichen Leiden in seiner Familie ist ihm nichts bekannt. Diese Anfälle von Haematurie wiederholten sich nun in den verschiedensten Zwischenräumen seit der angegebenen Zeit; immer gingen dumpfe Schmerzen, zumal in der rechten Lumbalgegend vorher, die jedoch nie das ausgeprägte Bild stärkerer Nierenkoliken darboten. Der Abgang von Steinen oder Gries wurde nie bemerkt; zwischen den einzelnen Blutungen war der Urin immer klar. Die mit dem Katheter zum öfteren vorgenommene Untersuchung der Blase liess weder eine Abnormität der Harnröhre, noch der Blase erkennen. Die Prostata war nicht vergrössert. Druck auf die rechte Lendengegend war schmerzhaft, eine stärkere Hervorwölbung nicht sichtbar. Das Uriniren war nie schmerzhaft, nur zur Zeit der Blutabgänge etwas erschwert. So blieb der Zustand des Patienten bis vor 4 Wochen; trotz der öfteren Blutabgänge hatte sich das Allgemeinbefinden und das kräftige Aussehen des Herrn M., der von therapeutischen Eingriffen nicht viel wissen wollte, in keiner Beziehung geändert, ebenso nicht die wenig rationelle Lebensweise trotz der energischsten Einwände von ärztlicher Seite. Vor 4 Wochen nun stellte sich bei Patienten plötzlich die Unmöglichkeit ein, Urin lassen zu können, nachdem 8 Tage vorher unter den gewöhnlichen Erscheinungen die letzte Blutung stattgefunden hatte. (Die genauere Untersuchung dieses Urins folgt später.) Der Urin war zur Zeit der plötzlich auftretenden Anurie schon wieder klar geworden; trotz des heftigsten Drängens gelang es nicht, nur einen Tropfen zu entleeren. Die Schmerzen steigerten sich im Verlauf weniger Stunden zu den unerträglichsten; die Blase dehnte sich ad maximum aus. Der Katheter, der früher stets glatt durchgegangen war, stiess hinter der Pars prostatica auf ein weiches, bei mässigem Druck nicht zu überwindendes Hinderniss, von einer forcirten Einführung wurde abgesehen. Unter den heftigsten Schmerzen rückte nun dieses weiche Hinderniss immer weiter nach vorn und wurde schliesslich unter einer Art centripetaler, massirender Bewegungen des Penis ein Blutgerinnsel entwickelt, dessen Beschreibung folgen soll. Es kam sogleich eine grosse Menge vollkommen klaren Urins nach, mit dessen Entleerung die Schmerzen des Patienten aufhörten. Das betreffende Blutgerinnsel nun, welches die beigegebene Form hat, ist $2^1/_2$ cm lang und hat eine Breite von 2 cm. Es hat ein graurothes, schmutzig braunes Aussehen und fühlt sich sehr derb an; für seine Resistenz spricht auch der längere Transport in der Westentasche, den es, in ein Briefcouvert gewickelt, ohne Schaden zu nehmen ertrug. Es hat ein unregelmässig lappiges Aussehen, eine höckerige, unebene Oberfläche. Beim Betasten kann eine irgendwie resistentere Stelle nicht gefühlt werden. Bei einem der Länge nach



angelegten Schnitt wird in dem aus unregelmässig in einander greifenden Faserschichten bestehenden Gewebe, das die gleiche Farbe wie die Oberfläche hat, ein kleiner Hohlraum eröffnet, in den eingebettet sich ein kleiner, hellgelber, runder, unregelmässig facettirter Stein von der Grösse eines Gerstenkorns vorfindet. Beim Zufühlen wird auf der Schnittfläche noch eine härtere Stelle gefühlt, an der ebenfalls ein kleinerer, vollständig runder Stein von der Grösse eines Stecknadelkopfes gefunden wird, von demselben Aussehen, wie der vorige. — Etwa 8—14 Tage vor Abgang dieses Gerinnsels hatte ich Gelegenheit genommen, den Urin des betreffenden Kranken genau zu untersuchen, da er gerade damals stark sanguinolent war. Er stellte eine dunkelrothe Flüssigkeit dar, mit bedeutendem, beim Stehen auftretendem Bodensatz; beim Kochen des aufgeschüttelten Urins sonderte sich etwa $^1/_3$ Eiweiss ab. Von Gries oder kleinen Concrementen war im Bodensatz nichts nachweisbar. Die Reaction war sauer. Festere, derbe Blutgerinnsel konnten nicht gefunden werden. Mikroskopisch waren nur wenige Eiterzellen und eine grosse Menge theils intacter, theils veränderter, in den verschiedensten Gruppen und Formen angeordneter rother Blutzellen zu sehen. Dazwischen zerstreut vereinzelte oder in grösseren Gruppen angeordnete Pflasterepithelien, über die ich nicht aussagen will, ob sie aus der Blase stammten oder als Harnleiterepithel aufzufassen wären. — Ich möchte nun an die oben erwähnten Thatsachen einige Bemerkungen knüpfen, die zum Theil die beobachteten Erscheinungen durch das Blutgerinnsel erklären, zum Theil den Entstehungsort des Gerinnsels und der Steine durch die Erscheinungen beweisen sollen. Es sind 3 Orte möglich, wo sich das die Steine enthaltende Coagulum gebildet haben könnte. Man könnte die Harnröhre, die Blase oder eines der Nierenbecken als Bildungsstätte ansprechen. Für die beiden ersteren spricht nur wenig, so dass wir trotz der enormen Grösse des Gerinnsels annehmen müssen, dass es in einem der Nierenbecken entstanden sei. Abgesehen davon, dass derartige feste und derbe Blutgerinnsel sich in Harnröhre und Blase überhaupt wohl kaum zu bilden im Stande sind, da hierzu ein längeres Verweilen an einer Stelle nothwendig ist, um zu der beschriebenen Festigkeit einzuschrumpfen (Simon), wurde auch bei den öfteren in der vorhergehenden Zeit mit dem Katheter vorgenommenen Untersuchungen keine Abnormität dieser Organe constatirt. Die Urethra war vollständig glatt und durchgängig, die Prostata nicht vergrössert; in der Blase konnte nie eine Ursache für derartige profuse Blutungen gefunden werden, kein Concrement, kein für eine Neubildung sprechendes Symptom. Zur Zeit der Blutungen war die Blase stets etwas gereizt und schmerzhaft, während sich in der Zwischenzeit, wo der Urin wieder klar wurde, auch diese Erscheinung verlor. Der Urin bot nie die Zeichen eines ausgesprochenen Blasenkatarrhs, er enthielt keinen Schleim, reagirte sauer und konnten in ihm zur Zeit der Blutungen neben massenhaften rothen Blutzellen, Eiterkörperchen und Pflasterepithelien nachgewiesen wer-

den. Wir werden also bezüglich des Ursprungs des Blutcoagulums auf die Nieren recurriren müssen und wollen versuchen, in welcher Weise sich dies mit den beobachteten Thatsachen in Einklang bringen lässt.

(Schluss folgt.)

W. Keen. On the surgical complications and sequels of the continued fevers.

(Washington 1877. April. 8. 68 S.)

An der Hand zahlreicher Erfahrungen und mit Zuhülfenahme einer grossen Zahl kleinerer und grösserer literarischer Werke (im Ganzen 243, deren Register den Schluss des Werkes bildet), hat K. sich bemüht, die mehr in das Gebiet der Chirurgie einschlagenden Complicationen und Folgen der continuirlichen Fieber, mit ganz specieller Berücksichtigung des Typhus und des Typhoids (Typhus abdominalis), zusammenzustellen. Die »halbchirurgischen« Hämorrhagien, Erysipele, Venenthrombosen und Augenaffectionen sind nicht berücksichtigt.

I. Gelenkerkrankungen.

a) Die polyarticuläre (pyämische) Form kommt in den schwersten Fällen von Typhus vor, wo die »Typhous crasis« ihr Maximum erreicht hat und endet unter dem Bilde der Pyämie tödtlich.

b) Die monarticuläre Form befällt mit Vorliebe das Hüftgelenk und nächstdem die übrigen grossen Gelenke. Sie entsteht entweder spontan, oder aus einer sich in's Gelenk erstreckenden Periostitis resp. Nekrosis; die Beweglichkeit wird beschränkt, oder (wie in 3 Fällen) total aufgehoben. Von 43 Fällen waren die unteren Extremitäten 39 Mal, die oberen 7 Mal (in 3 Fällen beide) befallen. 27 Mal traten spontane Luxationen im Hüftgelenk, 2 Mal in der Schulter, 1 Mal im Kniegelenk auf.

Eine subacute Synovitis besonders im Hüftgelenk kommt manchmal in der Reconvalescenz (nach der dritten Woche) vor, dieselbe ist nie eitrig, führt bei den geringsten Veranlassungen (Umdrehen im Bett, Umbetten, Fallen auf flachem Boden, Muskelcontraction etc.) zu Luxationen nach hinten und oben. Von 23 Fällen betrafen 20 Individuen unter 20 Jahren.

II. Krankheiten der Knochen (Nekrose, Caries, Periostitis) zeigten sich beim männlichen Geschlecht etwa 3 Mal häufiger als beim weiblichen und zwar am häufigsten an den unteren Extremitäten, nächstdem am Kopf, am Stamme, an den oberen Extremitäten. Thrombose (Embolie) und absolute Inanition werden als Ursachen angeführt. Von 69 Fällen kamen 50 Mal Nekrose, 12 Mal Caries, 3 Mal Periostitis vor, bei 4 Fällen fehlt das Nähere. In 13 Fällen von Nekrose der langen Röhrenknochen kam 3 Mal centrale Nekrose vor. Die meisten Fälle fielen in die 3. bis 6. Woche des Typhus.

III. Erkrankungen des Larynx: K. hat im Ganzen 169 Fälle gesammelt, von denen 67 Knorpelerkrankungen zeigten. In vielen dieser Fälle sollen locale Stase oder Gerinnungen in den Gefässen Ursache der Affection sein. In 20 Fällen von ulcerativer Laryngitis fand K. die Perichondritis der Ulceration vorangehn, in 10 ihr nachfolgen; von 94 Fällen befanden sich 60 in den Lebensjahren von 15—25. Von 146 Fällen wirklicher Stenose endeten 101 tödtlich, 45 heilten. In 76 Fällen wurde die Tracheotomie nicht gemacht; sie zeigten 77 % Mortalität, dagegen hatten die 70 operirten Fälle nur 60 % Mortalität. K. spricht sich sehr für frühzeitige Operation aus, namentlich soll, sobald Knorpelaffection bereits nachzuweisen ist, sofort operirt werden.

IV. Gangrän.

a) Druckgangrän (Decubitus) entwickelt sich manchmal auf die geringste Veranlassung hin, beim Anlehnen der Beine gegen einander, beim Anlehnen der Brüste an die Arme, Auflegen des Kopfes auf die Hand im Bett.

b) Spontane Gangrän ist beim männlichen Geschlecht doppelt so häufig, als beim weiblichen. In 5 Fällen war das Ohr, in 10 die Nase, in 27 das Gesicht, Hals und Stamm, in 5 waren die Arme, in 7 die Genitalien, in 72 die Beine ergriffen. 63 Mal war Venenthrombose Ursache, von welchen 60 Fälle auf die unteren Extremitäten kommen, 2 auf die oberen (1 Fall auf beide Arme). Von 18 Fällen mit Thrombose der Arterie fielen 12, von 43 mit Venenthrombose 22 in die zweite bis dritte Woche. Der Ausgang der Gangrän ist bei den Extremitäten meist eine Amputation, sei es durch die Natur oder durch den Chirurgen. Als Prophylakticum empfiehlt K. Reizmittel, Alkohol in grossen Dosen, Digitalis, abwechselnd warme und kalte Einreibungen. Ist die Gangrän wirklich schon vorhanden, so soll man die Demarcation abwarten und dann amputiren.

V. Haematomata. Bei Männern öfter als bei Weibern (22 : 8), das Alter von 15—25 Jahren ist das am meisten befallene, und zwar meist nach der dritten Woche. Sitz der Haematome ist in der Regel die Muskulatur.

VI. Parotitis. Sie befällt anscheinend das männliche Geschlecht ebenfalls häufiger, als das weibliche, endet in $^1/_3$ der Fälle tödtlich (von 352 125); sie tritt meist nach dem 30. Jahre auf. Von 101 Fällen verliefen 40 mit Eiterung.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

V. v. Bruns. Die galvanokaustischen Apparate und Instrumente, ihre Handhabung und Anwendung.

Tübingen, Verlag der **Laupp**'schen Buchh. 1878. 513 S. 28 Holzschn., 2 Tafeln.

Verf. hat in mehr als 20 Jahren über Dritthalbhundert nennenswerthe galvanokaustische Operationen ausgeführt, seit einer Reihe von Jahren systematische Prüfungen von Batterien angestellt und giebt in diesem Buch seine Resultate.

Der erste Theil enthält die Prüfung von 21 galvanokaustischen Batterien, dabei ist die Prüfungsmethode genau geschildert und sind die Ergebnisse in ausführlichen Tabellen für die wichtigeren Batterien beigegeben.

Unter den Batterien mit zwei Erregungsflüssigkeiten steht die Zinkeisenbatterie allen anderen voran, weshalb sie auch fast ausschliesslich durch zwei Decennien vom Verf. in Gebrauch gezogen worden ist. Sie wurde jedoch verdrängt durch die Stand- oder Tauchbatterien, d. h. Batterien mit einer Erregungsflüssigkeit, bei welchen durch einfaches Einsenken der über den gefüllten Gläsern schwebenden Platten die Benutzung erfolgen kann; der Vorzug gegenüber dem Ein- und Ausfüllen der anderen Batterien ist besonders bei täglichem kürzerem Gebrauch durchschlagend. Solche Tauchbatterien finden bei v. B. augenblicklich in 2 Formen Verwendung: die Zinkkohle-Chromsäure-Batterie mit 2 oder 4 Elementen und die dem Frommhold'schen Apparat nachgebildete Zink-Platinmoor-Blei-Batterie mit 4 Elementen. Die erstere Art hat eine grössere Glühkraft und kommt der Zinkeisenbatterie dadurch am nächsten; auch stösst sie keine lästigen Dämpfe aus; die zweite ist constanter aber schwächer, und länger ohne Erneuerung zu gebrauchen, sie giebt aber Dämpfe ab. Welche Sorte für den Praktiker die tauglichste sei, hängt von den jeweiligen Zwecken ab, für welche sie dienen soll.

Im zweiten Abschnitt beschreibt Verf. die von ihm gebrauchten Instrumente, und kann Ref. aus eigener Erfahrung versichern, dass dieselben auch für den Ungeübten überaus leicht und bequem zu handhaben sind.

Der dritte Theil umfasst die Anzeigen und Arten der Anwendung im Allgemeinen sowie für die einzelnen chirurgischen Affectionen und die verschiedenen Körpergegenden. Derselbe ist reich an praktischen Winken, von denen die Sicherheit des Erfolgs abhängt. Die Literatur ist allerwärts eingehend berücksichtigt.

Die Apparate sind in Holzschnitten dem Text einverleibt, die Instrumente auf 2 lithographischen Tafeln beigegeben. (Mechanikus Albrecht in Tübingen hat eine Preisliste den betreffenden Zeichnungen angefügt.) **Mögling** (Tübingen).

Steiner. Ueber die modernen Wundbehandlungsmethoden und deren Technik.

(Wiener Klinik 1877. Sept. — Nov. 92 S.)

Die Abhandlung ist für praktische Aerzte und Studirende geschrieben und liefert für solche, die nicht selbst diesen Fragen nachgehen, eine gute Uebersicht mit Quellenangaben.

Verf. bespricht eingehend die Lister'sche Methode hinsichtlich ihrer Entwicklung, Technik und Bedeutung für die Chirurgie, dazu giebt er eine kurze Darstellung der modernen Keimlehre und der ersten experimentellen und therapeutischen Versuche mit Carbolsäure.

Zur Vergleichung mit dem Lister'schen Verfahren zieht er die offene Wundbehandlung heran, den Watteverband von A. Guérin und die neueren Verbandweisen von Thiersch, Neudörfer und Dumreicher. Mehr der Vollständigkeit wegen werden Bouisson, Jules Guérin, Chassagny und einige ältere Namen mit aufgeführt. Die Bakterienfrage wird in ihren Hauptpunkten charakterisirt, ohne auf die Controversen einzugehen.

Mögling (Tübingen).

J. Assmuth. Die Harnsteinbildung und ihr Verhältniss zur Acidität des Harns.

(Deutsches Arch. für klin. Med. Bd. XX. Hft. 5 u. 6. p. 397.)

Da die Ergebnisse einer langen Reihe von Analysen dafür sprechen, dass die Steinbildung in der grossen Mehrzahl von Fällen durch die Harnsäure eingeleitet wird, so hat sich Verf. bei seinen Untersuchungen hauptsächlich mit der Harnsäure beschäftigt. Er hat eine Reihe von Harnuntersuchungen (an Gesunden und Kranken) ausgeführt, das specifische Gewicht, den Säuregrad untersucht, die freiwillig herausgefallene Harnsäure und die Gesammtmenge derselben in je 100 ccm Harn, endlich den Gehalt an Alkaliphosphaten und Erdphosphaten bestimmt. In 20 Fällen konnte die ganze 24stündige Harnmenge untersucht werden. Das Ergebniss der in Tabellen zusammengestellten Untersuchungen war folgendes: Eine Coincidenz erhöhter Acidität des Harns mit nativem Harnsäuresediment und auch mit vermehrter Ausscheidung von Alkaliphosphaten ist im Allgemeinen nicht zu verkennen. Die Gesammtmenge der im Harn enthaltenen Harnsäure hat auf den Säuregrad desselben keinen Einfluss. Es kommt also bei der Harnsteinbildung nicht auf die Gesammtmenge der Harnsäure an.

Um die Steinbildung einzuleiten, bedarf es weiter noch einer besonders disponirenden (spiessig-drusigen) Krystallform der Harnsäure. Diese Krystallform erscheint mit grosser Regelmässigkeit in dem Harnsediment von Individuen, die an Calculose leiden. Sie lässt sich aber auch künstlich hervorrufen, besonders durch starkes Ansäuern des Harns mit Phosphorsäure, resp. sauren phosphorsauren Salzen.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

---

van Braam-Houckgeest. Ueber den Einfluss des Luftdruckes auf den Zusammenhalt der Gelenke.

(Arch. für Anat. und Physiol. Anat. Abtheil. 1877. p. 381.)

Bucher hat behauptet, dass für den Zusammenhalt der Gelenke die fixirende Muskelthätigkeit schon hinreichend genüge, dass es nicht der Luftdruck sei, der den Contact bewirke. Denn wäre derselbe die Ursache, so müsste der Druck im Gelenk, was aber im Normalen nie der Fall ist, aufgehoben oder viel geringer wie eine Atmosphäre sein. Gegen diese Ansicht führt Verf. aus mit Zugrunde-

legung der Aeby'schen Experimente, nach denen der Luftdruck jedes Gelenk befähigt, das hängende Glied, ja selbst ein 2—7 Mal grösseres Gewicht, als das des Gliedes zu tragen, — beim Hüftgelenk ist es doppelt so gross — dass, wenn keine andere Kraft als der Luftdruck auf das letztere Gelenk wirkt, der Druck im Gelenk der einer halben Atmosphäre ist.

Da nun, wie Bucher selber gezeigt hat, die elastische Spannung der nicht durch den Willen contrahirten Schenkelmuskeln hinreichend ist, um die Schwere des herabhängenden unteren Gliedes aufzuheben, so ist der Schenkelkopf unbelastet und der Luftdruck presst denselben mit der vollen Kraft einer Atmosphäre gegen die Pfanne. Beide Kräfte, die elastische Spannung der Muskeln und der Luftdruck wirken demnach zusammen zur Erreichung desselben Zieles, der Zusammenhaltung der Gelenkoberflächen.

Pinner (Freiburg i/Br.).

H. Hebra. Ueber die Anwendung und Wirkung des continuirlichen Wasserbades.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 36—39.)

Seit dem Jahre 1862 sind mehr als 500 Menschen auf H.'s Abtheilung im continuirlichen Bade behandelt worden. Mit Ausnahme von leichten localen, auf den macerirenden und irritirenden Einfluss des Wassers zurückzuführenden Erscheinungen, hatte man nie auf gestörtes Allgemeinbefinden hindeutende Symptome wahrgenommen. Auch z. B. die Menstruation ging ungestört im Bade vor sich. Obige Behandlung ist angewandt worden:

1) bei Verbrennungen (56 % Mortalität). Günstige Wirkung gegen alle secundären Krankheitserscheinungen; vor allem ist die schmerzstillende Wirkung wichtig. Die Narben gestalten sich meist weich und glatt und die Bewegungen in keiner Weise hindernd.

2) bei Pemphigus. Während bei P. vulgaris die Mortalität = 0 beträgt, ist sie bei P. foliaceus = 81 %. Bei letzterem Leiden ist das Wasserbett der einzige erträgliche Aufenthalt. Recidive werden jedoch nicht dadurch verhütet.

3) bei Variola vera confluens. Alle schwer an den Blattern Leidenden wurden schon zur Zeit der Höhe der Eruption in's warme Wasser gebracht und zwar mit dem besten Erfolg.

4) bei gangränösen Wunden und Geschwüren, syphilitischen oder nicht syphilitischen Ursprungs. Von diesen gelangten am häufigsten gangränöse Bubonen zur Behandlung im Wasserbade (Mortalität = 12 %). Nicht minder günstig war der Erfolg

5) bei phagedänischen Schankern. Bei Phlegmonen und bei fistulösen Wunden, die auf keine andere Weise heilen wollten, hat sich das continuirliche Wasserbad ebenfalls trefflich bewährt.

v. Mosengeil (Bonn).

W. Koch. Zur Lehre von der Hyperästhesie.

(Verhandlungen der Berliner physiologischen Gesellschaft Jahrg. 1877/78. No. 2.)

K. macht Mittheilungen über den physiologischen Theil einer grösseren chirurgischen Experimentalarbeit, betreffend den Einfluss centraler Nervenstörungen auf die Entstehung von Gelenkkrankheiten. Zunächst bestätigt er die Resultate der Arbeiten von Ludwig und Woroschiloff, dass die Hyperästhesie der Haut an regionäre Verletzungen des Rückenmarks geknüpft ist; und zwar wird bei halbseitiger Durchschneidung des Marks in Höhe des dritten Lendenwirbels Hyperästhesie der unteren resp. hinteren Extremitäten derselben Seite, bei Durchschneidung in Höhe des sechsten Halswirbels Hyperästhesie der oberen (vorderen) Extremitäten des Rumpfes und der unteren (hinteren) Gliedmassen derselben Seite beobachtet, während noch höhere Verletzungen zugleich auch den Hals, das Trigeminusgebiet u. s. w. überempfindlich machen.

Weiterhin zeigt K., dass der halbseitigen Durchschneidung nicht blos Ueberempfindlichkeit der Haut, sondern überhaupt aller sensiblen Gebilde, im Besonderen der Gelenkflächen folgt. Diese Hyperästhesie ist ferner nicht an die Durchschneidung der gesammten Rückenmarkshälfte, sondern an distincte Bezirke des Querschnitts geknüpft. Am Lendenmark ist der von Ludwig und Woroschiloff angegebene Bezirk der für alle sensiblen Theile wirksame; am Halsmark führt der gesammte Seitenstrang die wirksamen Fasern (mit Ausnahme vielleicht derjenigen der grauen Substanz und den Hörnern benachbarter Theile), und in der Medulla oblongata liegen dieselben in dem äussersten Viertel. Die Verletzung der grauen Substanz der Vorder- und Hinterhörner allein erzeugt keine Ueberempfindlichkeit.

K. gelang es ferner, durch sorgfältige Innehaltung der hierbei zu beobachtenden Cautelen, die Haut- und Gelenkhyperästhesie von einander gesondert darzustellen. Die erstere trat nämlich ein, wenn er von den wirksamen Zonen des Rückenmarks allein die inneren Segmente verletzte, die letztere, wenn dies mit den äusseren Segmenten geschah.

Die durch klinische Erfahrungen gestützte Vermuthung, dass sich auch von den Nervenstämmen aus in dem Innervationsgebiet ein hyperästhetischer Zustand werde erzeugen lassen, — wie dies z. B. Vulpian für die Ischiadicuseinschnürung angegeben hatte, — konnte K. nicht bestätigen. Alle in dieser Richtung angestellten Versuche fielen negativ aus. —

Aus den gesammten Durchschneidungen zieht K. für den Verlauf der sensiblen Fasern folgende Schlüsse: 1) dass die Fasern, deren Wegfall bei der Durchschneidung Hyperästhesie erzeugt, der Längsaxe der Seitenstränge folgen, 2) dass die für den Kopf und die obere (vordere) Extremität bestimmten Fasern das Mark in Höhe des sechsten Halswirbels bereits verlassen haben, dagegen die zu den unteren (hinteren) Extremitäten verlaufenden erst

in der Höhe des dritten Lendenwirbels vom Rückenmarke abgehen, und 3) dass diese Fasern bis zur Höhe der Medulla oblongata sich nicht kreuzen. —

Dieselben Resultate erhielt K. auch an Thieren, welchen das gesammte Grosshirn, Kleinhirn und der oberste Theil der Medulla oblongata exstirpirt worden war. Namentlich gelang es ihm auch, das enthirnte Thier durch Reizungen der hinteren Extremität derselben Seite, auf welcher das Rückenmark durchschnitten war, jedesmal zum allerheftigsten Schreien zu bewegen. — Durch starke elektrische Reizungen bestimmter sensibler Flächen liessen sich die hyperästhetischen Zustände am normalen, wie am enthirnten Thiere sofort zum Verschwinden bringen. Aller Wahrscheinlichkeit nach sind demnach die erzeugten Hyperästhesien in die Reihen der Reflexvorgänge zu stellen und durch den Ausfall einfacher sensibler Fasern zu erklären. »Eine Reihe von Reflexübertragungen, sagt K., wird dadurch erleichtert und gegen die Norm regelmässig deswegen eingeleitet, dass eine Summe von Reizen, welche in die reflexvermittelnden Organe normaler Thiere einbrechen und das Zustandekommen des Reflexes erschweren, durch die Operation zum Wegfall kommt.« **A. Hiller** (Berlin).

D. Foulis. Exstirpation of the larynx.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 531.)

Den bekannt gewordenen Exstirpationen des Kehlkopfs fügt F. die erste in England verrichtete eigene als 11. hinzu. Sie betraf einen 28 jährigen Mann, der im April 1876 eine warzig aussehende erbsengrosse Geschwulst unter dem vorderen Ende des linken Stimmbandes zeigte. Dieselbe war von weicher Consistenz und sass mit breiter Basis auf; die Stimme war heiser und versagte nicht selten plötzlich. Nach geschehener Cricotomie wurde der Tumor stückweise mit der Scheere entfernt und die Stelle sorgfältig geätzt. Das Mikroskop ergab ein Papillom mit »cellulärem Inhalte«; Heilung bis auf eine kleine Fistel. Recidiv. April 1877 Thyreotomie, Entfernung der kleinen Geschwulst mittelst Scheere; Aetzung des Grundes; jetzt fanden sich deutlich Rundzellen im Inneren der Papillen. Neues Recidiv, schnelles Wachsthum; grössere Athembeschwerden; an der linken Seite des Kehlkopfs finden sich 2 vergrösserte Drüsen. Am 10. Sept. Exstirpation des Kehlkopfs; die Trachea wird mit einem sie vollständig ausfüllenden, umgebogenen Guttapercharohr versehen, der Trachealrand mit der Haut vereinigt; die nicht erkrankten corn. sup. des Schildknorpels und die Giesskannen-Knorpel bleiben erhalten. — Nach 12 Stunden liess das heftige Erbrechen nach und es geschah nun die Ernährung durch ein Schlundrohr; am 9. Tage konnte Pat. 15 Unzen »beef-tea« in 2 Zügen gut schlucken. — Der kurze Bericht reicht bis zum 8. Oct. Pat. ist ausser Bett, wird in gewöhnlicher Weise ernährt, wechselt selbst seine Tracheal-Kanüle. Die Wunde ist soweit verkleinert, dass sie

jetzt mit einem Sprechapparat versehen werden soll. Die Geschwulst bildete eine polypenartige Masse, welche bis zum 1. Trachealringe hinabreichte und das Lumen der Trachea ganz ausfüllte. Nach oben hin reichte weiche Geschwulstmasse in Gestalt graurother Fransen entlang der früheren Schnittlinie durch den Schildknorpel, und hatte den Charakter eines Spindelzellen-Sarcoms.

Von den publicirten 10 Fällen ist von 2 über den weiteren Verlauf nichts bekannt geworden, an Pneumonie starben 2 am 4. und 14. Tage, 1 an Lungengangrän am 4. Tage, 1 Mal erfolgte am 6. Tage der Tod durch Erschöpfung und ungenügenden Abschluss der Trachea gegen Secrete und Blut. Bei einem wegen syphilitischer Strictur partiell Operirten trat der tödliche Ausgang nach 11 Monaten durch die Grundkrankheit ein. Der zuletzt von Bottini publicirte Fall erfreute sich allein 6 Monate nach der Operation der besten Gesundheit. Die Angaben über das einzuschlagende Operationsverfahren bieten nichts Neues. **Pils** (Stettin).

J. G. Pflug. Zur pathologischen Zootomie des Lungenrotzes der Pferde.

Leipzig, **Karl Scholtze,** 1877. 78 S. VII lithographirte Tafeln.

Verf. giebt keine abgeschlossenen Resultate über die vielfach noch lückenhafte pathologische Anatomie des Rotzes, sondern nur einzelne bemerkenswerthe Beiträge, lediglich in der Absicht, zu weiteren Untersuchungen anzuregen. Die Rotzkrankheit ist nach ihm eine den Einhufern specifische contagiöse und fast immer zum Tode führende Krankheit, welche sich vorzugsweise an 2 Praedilectionsstellen localisirt: im Respirationstractus und auf der Haut. Dem entsprechend unterscheidet man seit Alters her den Lungen-Rotz (malleus humidus) oder Rotz im engeren Sinne und den Hautwurm (malleus farciminosus).

Nur die erstere Form bildet den Gegenstand der Untersuchungen des Verf. Dieselben sind nach P. insgesammt rein entzündlicher Natur und zwar theilweise circumscript (Rotztuberkel), theilweise diffus (Desquamativpneumonie). Was man als Neubildung beim Lungenrotz findet, ist secundärer Natur, wie sie in Folge einer jeden Entzündung auftreten kann. Nicht in den Processen selbst, sondern in der Form und Gruppirung ihres Auftretens liegt das Charakteristische des Lungenrotzes!

P. glaubt dargethan zu haben, dass die fraglichen Rotztuberkel durchaus keinerlei specifische Neoplasmata und auch keine den menschlichen Riesenzellentuberkeln analoge Gebilde, sondern nichts anderes sind, als disseminirte, lobuläre Entzündungsherde (Roloff). — Auch für den diffusen Lungenrotz glaubt P. gefunden zu haben, dass es sich hier um keine specifische Neubildung, sondern ebenfalls um rein entzündliche Processe von dem Charakter der Desquamativ-Pneumonie Buhl's handelt, die auch hier, wie

gewöhnlich, mit peri-bronchitischen Processen combinirt auftritt.

A. Hiller (Berlin).

Sir Henry Thompson. Die chirurgischen Krankheiten der Harnorgane. In's Deutsche übersetzt von Dr. Dupuis.

Berlin, G. Reimer, 1877.

Die deutsche Uebersetzung der 4. Auflage des bekannten ausgezeichneten Buches von Thompson dürfen wir im Interesse der nicht Englisch lesenden deutschen Aerzte als höchst willkommen begrüssen. Ein kurzer Abriss über die Natur und Behandlung der chirurgischen Krankheiten der Harnorgane war wohl ohnehin in Deutschland ein mehr oder weniger empfundenes Bedürfniss und wenn nun diese Lücke durch eine deutsche Uebersetzung eines Buches von Sir Henry Thompson ausgefüllt wird, so haben wir einen doppelten Grund, uns über das Erscheinen des vorliegenden Werkes zu freuen. Wir empfehlen das ausgezeichnete Buch auf's Wärmste, und zwar besonders auch dem praktischen Arzte, damit die vieljährigen, seltenen Erfahrungen eines Thompson auch Gemeingut der deutschen Aerzte werde, damit auch unter ihnen die nutzbringende Ueberzeugung Platz greife, dass es keine Gattung von Krankheiten giebt, »die einer erfolgreichen Behandlung so zugänglich sind, vorausgesetzt, dass man genau weiss, was man zu thun hat, aber auch keine, bei denen man gefährlichere Irrthümer begehen kann, wenn man nicht durchaus damit bekannt ist«.

Das Buch umfasst die im University College Hospital während des Semesters von 1875/76 von Sir H. Thompson gehaltenen Vorlesungen und zwar enthält die vorliegende 4. Auflage 24 Vorlesungen, während die erste deren nur 12 umfasste. Eine Vorlesung (19.) ist nicht in der Klinik gehalten worden, sondern im Nov. 1873 in Birmingham; sie giebt eine Zusammenfassung der unmittelbar vorhergehenden Vorlesungen über Blasensteine und behandelt besonders auch die Frage von der Zukunft der operativen Chirurgie bei Blasensteinen. Gerade diese Vorlesung enthält auch für innere Aerzte sehr beherzigenswerthe Winke. T. betont hier unter anderem vorzugsweise die frühzeitige, richtige Diagnose des Blasensteins, damit das noch kleine Concrement durch die Lithotripsie leicht und gefahrlos entfernt werden könne. Auf diese Weise hofft T., dass in Zukunft, wenn die Aerzte gelernt hätten, frühzeitig die Symptome der Steinkrankheit u. s. w. richtig zu deuten, die gefährlichere Lithotomie immer mehr durch die gefahrlose Lithotripsie verdrängt werde.

Dass der Uebersetzer, Herr Dupuis, davon abgesehen hat, einem Buche von Thompson Zusatzbemerkungen seinerseits beizufügen, kann Ref. aus verschiedenen, zum Theil wohl naheliegenden Gründen nur loben. Ein derartiges Hervortreten der Uebersetzer stört nicht selten den reinen Eindruck des Originals.

Die Ausstattung des Buches von Seiten der Verlagshandlung ist

gut, 59 meist gelungene Abbildungen sind in den Text aufgenommen; am Schlusse finden sich noch 2 Tafeln, welche die hauptsächlichsten Harnsedimente zeigen. **H. Tillmanns** (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

J. Ranke (München). Ueber eine bisher nicht beschriebene Wirkung des Chloralhydrats.

(Bayr. ärztl. Intelligenzbl. 1877. No. 30. p. 307.)

Injicirte Verf. in die Art. crural. von Kaninchen eine 10 proc. wässerige Lösung von Chloralhydrat, so verfielen nach wenigen fibrillären Zuckungen die betreffenden Muskeln in Starre, wie nach Chloroforminjection. Allein wenn man Chloralhydrat gelöst zu einer Myosinlösung giebt, so entstehen nicht wie bei Zusatz von Chloroform, Tropfen mit Myosinhüllen, sondern starke Trübung. Daraus schliesst Verf., dass das Chloralhydrat das Eiweiss als Chloralmolekül fällt und somit wahrscheinlich auch die Muskelstarre als solches hervorruft. Am Schluss warnt Verf. wegen der Wirkung auf den Herzmuskel vor der Injection von Chloral in Venen zum Zweck der Narkose. **Mögling** (Tübingen).

Ph. Pawtucket. Extraordinary tolerance of a poisonous dose of chloralhydrat.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Vol. II. p. 268.)

Ein 32jähr. Delirant verschluckte aus Versehen 165 Gran Chloral; hinzugerufen, gab P. in $^1/_2$ Liter Wasser 15 g Ipec.-Wurzel, 3,75 g Zinc. sulph. ohne Wirkung; eine Magenpumpe war nicht zur Hand. Die einzigen Folgen bestanden in einem 36stündigen Schlaf, aus welchem Pat. nur vorübergehend nach 18stündiger Dauer geweckt werden konnte, um etwas zu geniessen.

In der ersten Stunde stieg der Puls auf 132 und war in der 3. Stunde auf 88 Schläge zurückgegangen. Die Temperatur ging nie über 99° F. Es bestand während des Schlafes eine profuse Diaphorese. **Pils** (Stettin).

van Harlingen. A convenient mode of dispensing ointments.

(Philad. med. Times 1877. No. 245. p. 219.)

Zur bessern Conservirung von Salben giebt H. Salbentöpfe an, welche aus biegsamem weichem Metall bestehen, nach oben wie eine Flasche enger werden und mit einem Deckel verschlossen werden. Ist das Gefäss gefüllt, so wird der Hals zusammengedrückt und der Deckel aufgeschraubt. Die äussere Luft wird also abgehalten. Beim Gebrauch der Salbe drückt man nur die nachgiebigen Wände zusammen, so dass die Salbe hervorquillt. (Entspricht den von Malern zur Aufbewahrung der Oelfarben benutzten zusammendrückbaren Metallkapseln. Red.).

E. Fischer (Strassburg i/E.).

P. Martelli. Il bagno nella soluzione satura di acetato di morfina nella cura della onicchia maligna.

(Il Raccoglitore med. 1877. No. 14.)

Eine Frau, welche an hartnäckiger Onychia maligna eines Fingers litt, wurde durch zwei Bäder in einer gesättigten Morphiumlösung (im Zwischenraum von 8 Tagen vorgenommen) innerhalb eines Monates vollkommen geheilt.

Menzel (Triest).

von Buschmann. Aus der Heilanstalt des Dr. Eder: Drei Fälle von Melanoma faciei.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 30 u. 31.)

Im ersten Falle wurde ein etwa citronengrosser Tumor in der linken Oberkiefergegend, welcher zugleich den Infraorbitalrand mit Ausnahme eines kleinen

Theils am äusseren Rande zerstört hatte nach Abpräparirung des Hautlappens entfernt. Nach der Heilung rückten die Knochenränder zusammen, so dass der Defect geringer schien, als er war. Die Sehkraft des Auges, welches schon vor der Operation gelitten hatte, blieb erhalten; doch störten senkrechte Doppelbilder. Im zweiten Falle waren vielfach wiederholte Operationen eines Nasenpolypen gemacht, der immer schneller recidivirte, bis Prof. Weinlechner, welcher alle drei hier abgehandelte Fälle operirte, einen schon beträchtlicheren Tumor, der sich als Melanoma erwies, exstirpirte; auch hier wurde die Gesichtshaut provisorisch entfernt und plastisch replacirt.

Der dritte Fall endete tödtlich. Ein mehrlappiges Melanom war in der Nase nachweisbar, drängte sich durch beide Choanen in den Nasenrachenraum, hatte links die innere Wand der Orbita durchbrochen und den Bulbus etwas verdrängt. Nach der Exstirpation folgte Basilarmeningitis, welche den Tod herbeiführte.

v. Mosengeil (Bonn).

Genzmer. Exstirpation eines faustgrossen Fungus durae matris, tödtlich verlaufen durch Lufteintritt in den geöffneten Sinus longitudinalis.

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 3. p. 664.)

(Vortrag gehalten im 6. Chirurgen-Congress zu Berlin.)

Der weich-elastische Tumor befand sich am hinteren Ende der Pfeilnaht, liess sich durch Compression auf die Hälfte reduciren, nahm dann stossweise, dem Radialpulse isochron zu. Einfluss von Respirationsbewegungen nicht zu constatiren. Der Tumor vor zwei Jahren entstanden, wuchs jetzt schnell. Deswegen und weil keine Erkrankung der Hirnsubstanz selbst vor der Hand nachgewiesen werden konnte, wurde Exstirpation beschlossen. Beim Anziehen des faustgrossen, mit der Dura in festem Zusammenhange stehenden Tumors, um die Verbindung mit der Falx cerebri von vorn zu lösen, trat colossale Blutung auf und beim Abtupfen des Blutes plötzlich das charakteristische Geräusch des Lufteintritts in Venen. Sofort Collaps der Patientin; die Operation musste aber beendet werden, ein zweiter Lufteintritt wurde constatirt. Trotz schleunigst angewandter Mittel starb Patientin bald darauf. Autopsie (Oeffnung des Herzens unter Wasser) bestätigte, dass die Kranke an Lufteintritt gestorben sei. Ausserdem starke Anämie. Der Tumor erwies sich als Spindelzellensarcom. Der Defect im Knochen betrug $5\frac{1}{2}$ cm im Durchmesser.

Verf. stellte einige Thier-Experimente an über die Möglichkeit des Lufteintritts in einen geöffneten Hirnsinus. Diese wiesen die Möglichkeit eines derartigen Lufteintritts nach. Auch Claude Bernard hatte bereits das Nämliche beobachtet.

Um bei operativer Eröffnung der Hirnsinus die Aspiration zu vermeiden, giebt Verf. den Rath, dafür zu sorgen, dass 1) der Blutdruck noch nicht zu sehr gesunken sei, 2) der Kranke keine zu gewaltsamen Inspirationsbewegungen mache, 3) die Sinuswunde immer durch eine Flüssigkeitsschicht von der Luft abgesperrt sei.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Serkowski. Tracheotomie bei tuberkulösen Kehlkopfsaffectionen. —

(Przegląd lekarski 1877. No. 12 u. 13. polnisch.)

Die beiden von S. beobachteten und operirten Fälle können als Beweis dienen, dass die Tracheotomie nicht nur Monate, sondern auch Jahre lang das durch Kehlkopfsphthise bedrohte Leben zu erhalten im Stande ist.

P. M. ein 18jähriges Fräulein, wurde im December 1869 wegen höchster Athemnoth tracheotomirt. S., der sie schon früher mehrmals untersucht hatte, fand bei rechtsseitiger Spitzendämpfung, feuchtes Rasseln, Abmagerung, Husten und seit 2 Jahren dauernde Heiserkeit. Permanente Kanüle durch 2 Jahre. Bei der letzten, 2 Jahre nach der Operation vorgenommenen Untersuchung wurde zwar noch Lungendämpfung constatirt, aber Patientin erholte sich seit der Zeit bedeutend und befindet sich jetzt in gutem Zustande. —

Der 2. Fall betraf eine 30jährige Dienstmagd, die am 13. August 1874 in höchster Athemnoth ins Spital gebracht wurde und sogleich tracheotomirt werden musste. Syphilis ward ausgeschlossen. Nach 4 Wochen wird die Pat. mit per-

manenter Kanüle entlassen. Bald darauf heirathete sie. Nach $2^1/_2$ Jahren wird sie in dasselbe Spital gebracht, wo weit vorgeschrittene Phthise durch Section constatirt wurde. — Patientin lebte in der letzten Zeit vor dem Tode in schlechten Verhältnissen. Die Kanüle hatte sie bis zum Tode getragen. **Obalinski** (Krakau).

D. W. Cheever. Ligature of the primitive carotid.

(Arch. of clin. surg. Vol. II. p. 126.)

Ein 30jähr. Mann bekam Vereiterung der seit einigen Monaten geschwollenen hinteren Halsdrüsen-Kette. Ein Arzt ätzte mehrfach die entstandenen Abscesshöhlen. Vor 8 Tagen kam aus der einen eine starke Blutung, gefolgt von leichteren Nachblutungen; sie wurden gestillt durch Ausstopfen der Abscesshöhlen. Ch. fand bei der Aufnahme des Pat. 3 schlecht aussehende kraterförmige Höhlen, ähnlich wie in einem indolenten Bubo; dieselben reichen von der Mitte des Halses bis zum Trig. subclav. Reinigung derselben und Ausfüllung mit Lint. Zehn Minuten später kam aus der mittleren hühnereigrossen Abscesshöhle eine starke hellrothe Blutung. Nach 2 Stunden, als Pat. durch die angewandten Excitantien sich genügend erholt hatte, machte Ch., da eine Unterbindung in loco der hochgradigst veränderten Theile wegen unmöglich war, mühsam die Ligatur der Carot. com. hart über der Clavicula. Der Puls in der Temporalis erlosch; als man aber die Ausfüllung der gedachten Höhle entfernte, ergoss sich ein Strom hellrothen Blutes. Tampons mit Liq. ferri sesquichl. wurden zur Sistirung derselben erfolgreich benutzt. Es erfolgte eine jauchige Eiterung und ohne weitere Nachblutung starb Pat. 2 Tage später an Erschöpfung. Die Section zeigte aber, dass die Ven. jug. int. durch die Eiterung eröffnet war und bequem die Spitze des kleinen Fingers einführen liess, in ihr lag auf 1″ Länge ein hellrother Thrombus. Ch. ist erstaunt, dass das Venenblut während des Lebens so hellroth gewesen sei. — **Pilz** (Stettin).

Hull. Report of cases femoral aneurism.

(Philad. med. Times 1877. No. 255. p. 561.)

I. Pat. 36 Jahr alt, hatte seit 6 Wochen einen Tumor von Gänseeigrösse an der Innenseite des Oberschenkels an der Spitze des Scarpa'schen Dreiecks. Es war ein Aneurysma fusiforme, wahrscheinlich traumatischen Ursprungs. Rückenlage mit hochgelegter Extremität; 5 Tage später Digitalcompression für 33 Stunden. Heilung in 14 Tagen vollständig.

II. Pat., 47 Jahr alt, hat sich vor 9 Monaten eine Fussgelenkdistorsion zugezogen; dabei heftige nach dem Knie und dem Schenkel ausstrahlende Schmerzen. Vor 5 Monaten bemerkte Pat. den kastaniengrossen Tumor in der rechten Leiste, $2^1/_2$″ über und 2″ unter das Lig. Poup., $^1/_2$″ einwärts von der Spina ilei ant. sup. bis zur Mitte der Leiste reichend. Compression der Aorta 5 Stunden lang, nach 5 Tagen 12 Stunden lang, später noch einmal für einige Stunden. Heilung in 3 Wochen.

III. In diesem Falle, welcher einen 41jährigen Pat. betraf, der an Aneurysma in der rechten Leiste seit 2 Jahren litt, leistete die Compression der Aorta nichts, ebensowenig die mit derselben combinirten Injectionen von Liq. ferri, sowie das Einstechen von Acupuncturnadeln in den Tumor. Daher wurde 2 Monate nach Beginn der Cur die Art. iliaca ext. mit Catgut unterbunden. Lister's Verband. Abends Temp. 39,2, im rechten Beine 38,5. Nach einigen Tagen trat Eiterung in der Wunde auf. 14 Tage später zeigte die Haut über dem Tumor eine schwarze Stelle, und nach weiteren 5 Tagen platzte das Aneurysma. Tödtliche Haemorrhagie; rückläufige Blutung aus der Femoralis und Profunda fem. Die Section ergab ein sackförmiges Aneurysma mit dünnen Wänden, vom Beginn der Iliaca ext. bis zur Profunda femoris reichend; letztere war in den Tumor eingehüllt.

E. Fischer (Strassburg i/E.)

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede**, in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 7. Sonnabend, den 16. Februar. 1878.

Beitrag zur Steinkrankheit der Nieren.

Von

Dr. Hermann Kraussold in Frankfurt a/M.

(Schluss, cf. Centralblatt für Chir. No. 6.)

Für's erste ist es die Grösse des Gerinnsels, die vor allem gegen seinen Ursprung aus dem Nierenbecken zu sprechen scheint. Wie erwähnt, hatte dasselbe eine Länge von $2^1/_2$ cm und eine Breite von 2 cm, während Simon angiebt, dass diese festen Nierencoagula im Allgemeinen eine Länge von $^1/_2$ bis $1^1/_2$ cm und Rabenkieldicke (p. 82) hätten. Nach Henle lässt sich nun der Ureter an der Leiche durch mässige Gewalt zu einem Durchmesser von 3 bis 4 mm ausdehnen, während das Nierenbecken normalerweise einen durchschnittlichen Durchmesser von 15 mm hat. Da nun unser Präparat ein viel bedeutenderes Volumen einnimmt, seine Herkunft aus einem anderen Theil der Harnwerkzeuge nicht angenommen werden kann, wegen der Derbheit desselben und anderer im Folgenden zu erwähnender

Symptome, so kann daraus geschlossen werden, dass Nierenbecken und Ureter bereits eine bedeutende Dilatation müssen erlitten haben, so dass Bildung und Durchtritt des voluminösen Coagulums ermöglicht wurde. Diese derben Coagula kommen nach Simon selten vor, er beobachtete sie nur 3 Mal bei Sectionen, 1 Mal am Lebenden. Sie entstehen nur in den Nieren und zwar durch Arrosion kleiner Nierengefässe von Seiten der eingelagerten Steine, eine Entstehungsweise, die durch unser Präparat, das 2 kleine Steine in das Gerinnsel eingebettet enthält, in schönster Weise illustrirt wird. Ein zweites Moment, das gegen die Abstammung des Coagulums aus dem Nierenbecken sprechen könnte, ist der Durchtritt durch die engsten Canäle des Harnapparates ohne das Auftreten der auch bei anderen Fällen beobachteten bedeutenden Colikschmerzen. Es muss eben, da hierbei die subjectiv so verschiedene Beurtheilung der Schmerzqualitäten kaum verwerthbar erscheint, angenommen werden, dass der Durchtritt des Gerinnsels ohne bedeutendere Colikschmerzen durch eine entsprechende Erweiterung der betreffenden Wege ermöglicht war, die sich bei dem Kranken während der längeren Dauer des Leidens ausgebildet hatte. Während diese beiden Punkte sich in der erwähnten Weise durch secundäre Veränderungen der betreffenden harnleitenden Wege erklären lassen, spricht die Anamnese und das Auftreten der ganzen übrigen Symptomenreihe entschieden dafür, dass das primäre Leiden des Patienten auf eine Nierenerkrankung zu beziehen sei.

Ausser den im Lebenswandel des Herrn M. gelegenen prädisponirenden Momenten, ist durch den Beginn, den Verlauf des Leidens schon die Erkrankung einer Niere wahrscheinlich gemacht, eine Vermuthung, die durch den Abgang des Gerinnsels einen thatsächlichen Beweis erhält. Schon Monate vor der ersten Blutung waren dumpfe Schmerzen der Nierengegend, ein Gefühl von Steifheit der Lenden vorhanden, Symptome, die bisher nur leichter aufgefasst, mit der nach einer forcirten Bewegung auftretenden Blutung zu Vorläufern einer tiefer gelegenen Krankheit gestempelt wurden. In charakteristischer Weise traten unter zeitweise sich vermehrenden, ziehenden Kreuz- und Lendenschmerzen mehr oder weniger starke Blutverluste aus den Harnwegen auf, während der Urin in den Pausen wieder klar wurde. Mit der Zeit stellte sich Druckschmerz in der rechten Nierengegend ein. Gries oder kleine Concremente konnten nie entdeckt werden; die Untersuchung von Blase und Harnröhre ergab stets negative Resultate. Der untersuchte, sauer reagirende Urin enthielt keinen Schleim, viel Blut und Eiterzellen. Plattenepithelien konnten in demselben in verschiedener Menge und Anordnung gefunden werden, ohne dass wir bestimmen wollen, ob dieselben aus dem Ureter oder der Blase stammen. Eine dachziegelförmige Schichtung, worauf Rosenstein hinweist und die Simon nie beobachtete, konnten wir nicht erkennen. Es mag überhaupt schwer sein, aus der Beschaffenheit des Epithels auf seine Herkunft aus Ureter oder

Blase zu schliessen. Während nach Hyrtl die oberflächliche Schicht des Harnleiter- und Nierenbeckenepithels aus niedrigen Cylinderzellen besteht, welche ihrer gegenseitigen Abplattung wegen von anderen als Pflasterzellen ausgegeben werden, bezeichnet Henle das Epithel der Harnwege als eine Varietät, die er Uebergangsepithel nennt, weil sie sich sonst nur an den Orten findet, wo geschichtetes Pflaster- und Cylinderepithel aneinandergrenzen. Die Oberfläche bildet eine Lage grosser, platter Pflasterzellen.

Dass die Blutungen aus den Nieren kämen, war angenommen, doch blieb es mehrere Monate zweifelhaft, ob sie durch Steine oder durch eine Neubildung verursacht waren, wenn man sich auch mehr der ersteren Annahme zuneigte, da Patient stets von ausgezeichneter Gesundheit und Aussehen war, der Wechsel zwischen Blutung und blutfreien Intervallen ein zu ausgesprochener war und die Blutungen immer relativ kurze Zeit dauerten, während sie bei Pseudoplasmen anhaltender zu sein pflegen. Mit der Entleerung des die beiden Steine umhüllenden Blutgerinnsels, das aus geronnenem Faserstoff mit eingelagertem Blutfarbstoff besteht, ist die Diagnose fast sicher. Als ein sehr wichtiger, für die Nierenabstammung des Coagulums sprechender Umstand ist noch zu erwähnen, dass der direct nach dem Gerinnsel entleerte Urin klar, ohne Blutbeimischung war, eine Thatsache, die auch unzweideutig dafür spricht, dass das Gerinnsel ein altes und nicht durch eine frische Blutung entstandenes gewesen ist.

Was nun die übrigen zur Feststellung der Diagnose der Steinkrankheit der Nieren uns zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden betrifft, so möchte ich dieselben noch in Bezug auf unseren Fall in kurzen Zügen besprechen, wenn sie auch nur da hauptsächlich ihre Anwendung finden dürften, wo behufs operativen Eingriffs die rasche Feststellung einer sicheren Diagnose wegen heftigen Fiebers, wegen Frostanfällen etc. nothwendig ist. Als erstes giebt Simon (p. 87) die methodische Palpation der Nierengegend nach Th. Smith an, deren Ausführung genauer im Original zu finden ist. Obwohl es mir schon aus theoretischen Gründen kaum möglich erschien, auf diese Weise die kleinen Nierensteine fühlen zu können, die in unserem Falle nicht einmal durch das Blutgerinnsel zu fühlen möglich war, möchten wir Simon noch ausdrücklich nach mehrfachen Versuchen an Kindern beipflichten, »dass man häufig nicht einmal die Niere durchfühlt, auch bei Patienten mit sehr schlanken Taillen«. Bei Erwachsenen, zumal etwas corpulenten Leuten, wird man sich in nicht langer Zeit von der Unmöglichkeit dieser Palpation überzeugen können. Eine weitere Methode ist die von Simon angegebene manuale Rectalpalpation, deren Werth für die Diagnose der Steinkrankheit der Nieren erst festgestellt werden muss, deren Anwendung in der Privatpraxis aber so mannigfache Hindernisse im Wege stehen. Als letztes ist die Probeincision durch den Lumbalschnitt mit Acupunctur oder Eröffnung des Beckens nach Simon zu betrachten. Alle diese Methoden konnten in unserem Falle

bis jetzt nicht angewendet werden, da dem betreffenden Herrn, der kaum die kleinsten diätetischen Vorschriften befolgte, derartige diagnostische Eingriffe kaum plausibel erschienen wären.

So wurde denn erst mit dem Abgang des festen Gerinnsels und der Steine die Diagnose der Steinkrankheit objectiv sicher festgestellt, und es trat nun an uns die Frage heran, welche der Nieren oder ob beide Nieren Sitz der Erkrankung seien, eine Diagnose, die, wie Simon so treffend bemerkt, so wichtig ist, wie die der Nierensteine überhaupt, wenn es sich um einen operativen Eingriff handelt. Durch die in der rechten Lumbalgegend aufgetretenen spontanen Schmerzen und Schmerzen bei Druck konnte auf eine Erkrankung der rechten Niere geschlossen werden. Die Untersuchung des, während der Verstopfung des rechten Ureter aus dem linken entleerten Urins, das sicherste Zeichen bezüglich der einseitigen oder doppelseitigen Erkrankung, hatten wir bis jetzt vorzunehmen keine Gelegenheit. Die gefundenen Steine sind Harnsäuresteine und können wir deshalb vermuthen, dass die erkrankte Niere noch mehrere derselben beherbergt, eine Vermuthung, die auch in dem facettirten Aussehen des einen Steines eine Stütze findet.

Ich möchte nun noch auf einen weiteren Punkt hinweisen, dessen Wichtigkeit mir von principiellem Werth zu sein scheint für die Steinerkrankung überhaupt, ich meine auf die bedeutende Dilatationsfähigkeit der Urethra, die in unserem Falle einem so voluminösen Körper den spontanen Durchtritt gestattete. Die normale Weite und die künstliche Ausdehnungsfähigkeit der männlichen Harnröhre wird von verschiedenen Autoren (Kohlrausch, Reybard, Leroy d'Etiolles) verschieden angegeben. Sie ist in den verschiedenen Theilen wieder verschieden und schwankt zwischen 7 und 18 mm. Künstlich lässt sie sich nach Reybard (traité pratique du rétrécissement du canal de l'urètre. Paris 1855; s. Henle), ohne zu zerreissen, von der Mündung um das Doppelte ihrer natürlichen Weite ausdehnen, in der der Mündung nächsten Partie nicht ganz um das Doppelte, in den tieferen Theilen dagegen um vieles mehr. Sehr bedeutend wird nun diese Ausdehnungsfähigkeit gesteigert, sobald es sich nicht um ein Intactsein des Schleimhautcanals handelt, sobald kleine Einrisse in der Wand desselben, die gewiss unbedeutende Verletzungen darstellen, angelegt werden. Diese Thatsache, die auch von anderer Seite schon betont wurde, scheint uns bezüglich der Operationen von Blasensteinen von principiellem Werth zu sein, sie ist es, die mich zur festen Ueberzeugung brachte, dass der Urethralschnitt mit nachfolgender stumpfer Dilatation des ohnehin weitesten Theils der Urethra nicht allein unter den blutigen Methoden der Steinoperation die souveräne Methode ist, sondern auch was die Ungefährlichkeit des Eingriffs und die Sicherheit des Erfolges betrifft, der Lithotripsie entschieden vorzuziehen sei. Ich möchte für heute nur ganz kurz das eben Erwähnte mit einigen Beispielen belegen, indem ich mir ein genaues Eingehen auf dieses Thema für die nächste Zeit vorbehalte.

Der grösste Blasenstein, der von meinem früheren verehrten Chef, Prof. Heincke, durch den Urethralschnitt mit folgender stumpfer Dilatation der Urethra in toto extrahirt wurde, hatte eine Länge von 5,5 cm und eine Breite von 3,2 cm; der grösste Stein, den ich auf diese Weise entfernte, hat eine Länge von 4,6 cm, Breite von 3,9 cm und eine Dicke von 2,0 cm. Für die Dilatation erweist sich ein sogenannter Storchschnabel, wie man ihn zum Ausweiten der Glacéhandschuhe anwendet, von Vortheil. Es sind dies sehr grosse und harte Steine, die dem Drucke der Zange widerstanden und der Lithotripsie überhaupt wohl nicht zugänglich gewesen wären. Je kleiner der Stein, desto unbedeutender ist auch der Eingriff. Das Unzureichende der vollständig gelungenen Lithotripsie illustrirt am besten ein Fall von weichem, um etwas Stroh und Zwirnfaden angesammeltem Phosphatstein, der durch den Urethralschnitt entfernt werden sollte. Beim Zufassen mit der Zange brach der Stein in eine grosse Menge grösserer bis kleinster Stücke, die durch wiederholte Zangengriffe und energische Wasserinjectionen entfernt wurden, was unter Leitung des von der Perinealwunde aus eingeführten Fingers geschehen konnte, und so lange fortgesetzt wurde, bis der das Blasenlumen betastende Finger keine Concremente mehr fühlen konnte. $^1/_2$ Jahr nach der Heilung kam Patient schon wieder und wurde durch den nochmaligen Medianschnitt ein gleich zusammengesetzter Stein entfernt. Obwohl hier die Bedingungen für die Entleerung der zertrümmerten Stücke günstiger waren, als sie bei der Lithotripsie je sein können, trat doch nach $^1/_2$ Jahre bereits ein Recidiv, jedenfalls durch ein in der Blase zurückgebliebenes Stück ein. Die Gefahren, die die Lithotripsie wegen des bei Phosphatsteinen gewöhnlich vorhandenen Blasenkatarrhs hat, sind zur Genüge bekannt. Wir verzichten für heute auf eine genauere Darlegung dieser Verhältnisse, die für heute nur dazu dienen sollten, die grosse Dilatationsfähigkeit der Harnröhre zu illustriren.

Von der Erwähnung der dem Patienten proponirten und zu proponirenden therapeutischen Eingriffe sehen wir für heute ab, da wir das Resultat unserer eventuellen Bemühungen, falls sich dabei etwas Erwähnenswerthes ergeben sollte, später mittheilen werden.

R. U. Krönlein. Die v. Langenbeck'sche Klinik und Poliklinik zu Berlin während der Zeit vom 1. Mai 1875 bis 31. Juli 1876. 423 Seiten.

(Arch. für klinische Chirurgie Bd. XXI. Supplementheft.)

Wer es unternimmt, den eingehenden Bericht über ein so umfangreiches und vielseitiges Material zu referiren, wie es die v. Langenbeck'sche Klinik darbietet, der kann sich der Sorge nicht entschlagen, dass seine flüchtige Umrisszeichnung nur schwach den Gesammteindruck des Originals wiederzugeben vermag. Der Referent

wird sich beschränken müssen auf eine Uebersicht der behandelten Krankheitsfälle in grossen Gruppen, auf eine kurze Besprechung der Principien und Resultate der eingeschlagenen Behandlung; er wird nur ausnahmsweise Fälle von besonderem Interesse hervorheben dürfen, um durch sie zur Lectüre der Arbeit selbst anzuregen.

In den 15 Monaten, welche der Bericht umfasst, wurden poliklinisch 10062 Patienten ohne die Zahnkranken (deren Zahl sich auf 4300 beläuft), klinisch 1250 Patienten behandelt, so dass die Gesammtzahl aller in der angegebenen Zeit beobachteten Kranken 15612 beträgt.

Aus dem ausserordentlich reichhaltigen poliklinischen Material wären zunächst hervorzuheben die subcutanen Fracturen, welche die stattliche Zahl von 466 erreichen (darunter der Seltenheit wegen erwähnenswerth 3 Längsfracturen der Phalangen), ferner 76 Luxationen (darunter 2 Fälle von Luxatio humeri erecta, 2 Luxationen der Clavicula im Sterno-Clavicular-, sowie 3 im Acromioclavicular-Gelenk). Unter den poliklinisch behandelten Geschwülsten überwiegen die Teleangiectasien (176 Fälle), bei denen die Therapie ausnahmslos in der Cauterisation mit Acid. nitr. fumans bestand. Bei den cavernösen Angiomen kam, wenn dieselben nicht dem Kopf angehörten, eine tropfenweise Injection von Liq. ferr. sesquichl. in Anwendung.

Hervorzuheben ist ferner eine statistische Zusammenstellung über das Vorkommen der beobachteten Hernien und Hydrocelen in den einzelnen Lebensaltern: Den ersten 5 Lebensjahren gehörten von 135 Hydrocelen 66, von 143 Inguinalhernien 88, sämmtliche Umbilicalhernien (90) und alle Brüche der weissen Linie (5) an. Schenkelbrüche kamen in diesem Lebensabschnitte nicht vor, erst nach dem 25. Jahre zeigten sich dieselben, und ihre Zahl (6 Fälle) ist im Vergleich zur Gesammtmenge der beobachteten Hernien (244) eine auffallend kleine. Die Hydrocelen wurden punctirt mit nachfolgender Jodinjection von 8 g, welche stets im Sacke gelassen wurden.

Endlich wäre noch der Behandlung des Prolapsus recti (13 Fälle) zu gedenken, welche in der Injection einer Ergotinlösung in das periproctale Bindegewebe bestand, mit meist günstigem, raschem Erfolg. Ein Fall, in dem versuchshalber eine Strychnin-Injection von $^1/_{100}$ Gran neben den Anus gemacht wurde, endete letal.

Die Eintheilung des in der Klinik behandelten Materials geschieht nach den Körperregionen.

1. Kopf und Ohr. Die Behandlung der einfachen Weichtheilwunden des Kopfes bestand in der Anwendung des Bose'schen antiseptischen Occlusionsverbandes, der wo möglich bis zur Heilung der Wunde liegen blieb. Von 16 Weichtheilverletzungen des Kopfes mit Gehirnerscheinungen endeten 5, von 5 subcutanen Schädelfracturen 3, von 4 offenen Schädelfracturen 2 letal. Unter den letzteren verdient besondere Erwähnung ein geheilter Fall, in dem die primäre Elevation und Resection von 13 Knochenfragmenten nöthig

wurde. Rasche Uebernarbung unter Lister; nach 7 Monaten ist der ausgedehnte Knochendefect durch Neubildung vom Periost aus vollständig ausgefüllt.

2. Gesicht, Nasen- und Mundhöhle. Hier kommen u. a. zur Sprache 11 Fälle von Lupus, 1 Fall von leukämischen, heteroplastischen Tumoren des Periostes der Kiefer (†), ferner 51 Fälle von Carcinomen, deren operative Behandlung zum Theil ausgiebige Plastiken verlangten. Bei der Exstirpation der Pseudoplasmen aus der Unterlippe wurde in 7 Fällen der Wiederersatz aus der Haut der Kinn- und Unterkinngegend nach der v. Langenbeck'schen Angabe mit bestem Resultate gewählt, bei der Operation der Zungencarcinome (3 Fälle) die temporäre, seitliche Durchsägung des Unterkiefers vorgenommen. Grössere Operationen erheischten ferner 9 Fälle von Sarcomen und 3 Fälle von malignen Fibromen.

Von 18 klinisch behandelten Hasenscharten starben 8, ein auffallend ungünstiges Mortalitätsverhältniss, dem der weitaus günstigere Ausgang der ambulatorisch behandelten Hasenschartenoperationen gegenübersteht.

Wegen acquirirten Gaumendefecten wurde 2 Mal, wegen congenitaler Gaumenspalte 8 Mal die Uranoplastik mit Staphylorraphie ausgeführt.

3. Hals und Nacken. Die Zahl der im angegebenen Zeitraum gemachten Tracheotomien beträgt 140, mit 63,5 Mortalität.

Unter den exstirpirten Geschwülsten dieser Gegend sind zu erwähnen 14 Fälle multipler Lymphome; 1 Fall eines kindskopfgrossen Fibroms der linken Supraclaviculargegend (Heilung in 6 Tagen unter dem antiseptischen Occlusionsverband); endlich wird das weitere Schicksal jenes schon früher von v. Langenbeck publicirten Falles von Kehlkopfexstirpation mitgetheilt.

4. Brust. Ausser 24 Mamma-Exstirpationen († 4), meist wegen Carcinomen, ist hier ein interessanter Fall von congenitalem Lipom des Mediastinum hervorzuheben, welches durch den 3. rechten Intercostalraum durchgebrochen und auf der Thoraxwand als faustgrosser Tumor erschienen war (†).

5. Bauch und Rectum. 1 Fall eines penetrirenden Bauch-Leberschusses (Bildung eines Leberabscesses mit Durchbruch in die Lunge, Heilung), dann einer Enterotomie wegen Ileus (Eröffnung der Bauchhöhle nach Littre in der linken oberen Leistengegend, Heilung und Entlassung mit künstlichem After).

13 incarcerirte Hernien: 4 Mal erfolgreiche Taxis, 9 Herniotomien († 5).

2 Mastdarmcarcinome: Exstirpation.

6. Rücken und Wirbelsäule. Ein Fall von Malum Pottii bei einem 7jährigen Kinde mit fluctuirendem Senkungsabscess und vollständiger Paralyse der beiden unteren Extremitäten

wird ohne Eröffnung des Abscesses (Jodtinctur, Gewichtsextension) unter vollkommenem Schwinden aller Erscheinungen geheilt.

Ferner ist ein eigenthümlicher Fall von mangelhafter Entwickelung der Muskulatur des Rumpfes (besonders des Systems des m. sacrospinalis), sowie der unteren Extremitäten hervorzuheben.

7. Becken. Exstirpation eines mannskopfgrossen, an armdickem Stiele hängenden Lipoms der Glutäalgegend, Heilung in 4 Wochen unter gewöhnlichem Deckverband. Bei einem weichen, extraperitonealen Fibrom, das die Höhle des grossen und kleinen Beckens grösstentheils ausfüllt, und Fortsätze nach aussen durch den linken Cruralring und die untere Beckenapertur in Form mannskopfgrosser Geschwülste sendet, wird der erste Fortsatz exstirpirt, mit letalem Ausgang.

8. Harnorgane. In 2 Fällen von impermeabeln Stricturen der Harnröhre erfolgte die Punctio vesicae oberhalb der Symphyse, worauf die Kanüle des Deschamp'schen Troikars liegen gelassen wurde; im ersten Falle gelang es am dritten Tage, die Strictur mit Metallbougies zu passiren und allmälig zu erweitern; im zweiten Fall wird einige Tage später die Boutonnière ausgeführt (†). — Dass auch die Boutonnière nicht absolut vor Stricturrecidiven schützt, beweist ein Fall, in dem diese Operation nach Jahresfrist bereits zum zweiten Male wegen erneuter Verengerung vorgenommen werden musste.

2 wallnussgrosse Harnblasensteine erheischen die Lithotomia perinealis: Hautschnitt wie bei der Sectio lateralis im linken Perinealdreieck, dann aber nur Eröffnung der Pars membranacea urethrae und stumpfe Dilatation der Pars prostatica mit dem Finger, ohne Verletzung der Prostata. Der seitlichen Anlage wird deshalb der Vorzug vor dem Medianschnitt gegeben, um sofort in die Sectio lateralis übergehen zu können, wenn bei beträchtlicherer Grösse des Steins eine ausgiebigere Spaltung der Prostata nothwendig werden möchte. Der Urinabfluss aus der Dammwunde wird durch silberne, leicht gebogene, mit breitem Schilde versehene Kanülen sichergestellt.

Bei einem $1^3/_4$ Jahre alten Pat. wird wegen dattelkerngrossem Harnsäurestein unter antiseptischen Cautelen die Sectio alta ausgeführt, dann erst die Blasen- und hernach auch die Hautwunde durch Catgutnähte völlig geschlossen. Endresultat günstig, obwohl die Antisepsis nicht lange gewahrt bleiben konnte. — Endlich wird bei einer 2 Jahre alten Pat. ein borsdorferapfelgrosser Harnsäurestein durch die Lithotripsie mit günstigem Ausgang entfernt.

An 2 Fällen von Ectopia vesicae (1 †) werden Deckungen des Defects durch granulirende Bauchhautlappen versucht, ohne Erfolg.

9. Männliche Geschlechtsorgane. In 2 Fällen von linksseitiger Varicocele wird die subcutane Unterbindung des Venenplexus nach Ricord vorgenommen, im ersten Falle mit Catgut, im zweiten mittelst carbolisirter Seidenfäden. Reactionsloser Verlauf.

3 Fälle von käsiger, tuberkulöser Orchitis und 1 Fall von gummöser Hodenentzündung verlangen die Castration.

In 2 Fällen von Carcinom des Penis wird das Ecrasement des Penis mit rascher Heilung vorgenommen. Anknüpfend an den letzten Fall, der einen 26 jährigen, kräftigen, von einem Pferde 7 Monate früher am Penis verletzten Mann betraf, wird hervorgehoben, dass auch bei den Carcinomen des Gesichts eine ganze Reihe dieser Neubildungen unmittelbar nach Traumen, entweder aus Wundflächen, oder aus den frischen Narben hervorgewuchert sei, und zwar auffallenderweise bei relativ noch jugendlichen Individuen.

10. Weibliche Geschlechtsorgane. 5 Fälle von Ovarialcysten werden beobachtet, 3 derselben punctirt, die beiden andern, da die Ovariotomie verweigert wird, unoperirt entlassen.

11. Extremitäten. Wegen Gangrän durch Erfrierung (5 Fälle, † 1) muss zweimal die doppelte Unterschenkelamputation im unteren Drittel ausgeführt werden.

Zu der grossen Zahl der poliklinisch behandelten subcutanen Fracturen kommen noch 81 in die Klinik aufgenommene Fälle hinzu, darunter erwähnenswerth 2 Fracturen des Condylus internus humeri, welche mit Luxation der Vorderarmknochen nach hinten complicirt waren, ferner 4 Fälle von Patellarbrüchen, welche mit auffallend geringer Diastase der Bruchenden heilten.

Von Pseudarthrosen wurden 3 Fälle beobachtet. Eine Pseudarthrosis humeri wurde 2 Mal operativ gründlich in Angriff genommen (bei der ersten Operation Eintreibung des oberen spitzen Fracturendes 2 cm tief in die eröffnete Markhöhle des unteren und Fixirung in dieser Stellung durch einen quer von vorn nach hinten hindurchgetriebenen Elfenbeinstift, bei der zweiten Operation treppenförmige Anfrischung beider Fragmentenden und Zusammennietung der congruenten Anfrischungsflächen durch 2 Elfenbeinstifte von dreieckig-prismatischer Form), ohne dass Consolidation eintraf. Eine Pseudarthrosis cruris, ebenfalls erfolglos operirt, führte schliesslich zur Amputation des Unterschenkels. Im dritten Falle endlich erlag der sehr heruntergekommene Patient bald nach der Operation seiner Pseudarthrose einem Delirium potatorum. Alle eben besprochenen Operationen waren streng unter antiseptischen Cautelen vorgenommen worden.

In 2 Fällen von schief geheilten Fracturen des Femur wird die keilförmige Osteotomie an der Knickungsstelle unter Lister vorgenommen (im ersten Fall † muthmasslich an Carbolismus acutus); an einem dritten Patienten, bei dem sich unter dem 5 Wochen getragenen Gypsverband eine bedeutende Verkrümmung des Oberschenkels herausgebildet hatte, wird mit Hülfe des Schneider-Mennel'schen Apparates die Vereinigung der Fragmente wieder zerrissen, wodurch schliesslich Dislocation und Verkürzung des Beines nahezu ausgeglichen wurde.

Von 18 Fällen von subcutanen Luxationen, welche klinisch

behandelt wurden (fast alle frischen, subcutanen Verrenkungen [68] wurden ambulant behandelt), sind 2 Luxationes humeri inveteratae hervorzuheben, in denen nach vergeblichen Einrenkungsversuchen die Resection des Humeruskopfes von der Achselhöhle aus vorgenommen wurde (Hautschnitt hart am Innenrande des M. coracobrachialis, wie zur Unterbindung der A. axillaris; empfehlenswerth ist den resecirten Arm zum Zweck freien Abflusses des Wundsecrets während der Nachbehandlung in Abduction zu lagern und durch Gewichtsextension dem Drucke der Sägefläche des Humerus gegen die Axillargefässe vorzubeugen; 1 † an Pyämie).

Bei den Verwundungen der Hand bewährte sich der von Bose angegebene antiseptische Occlusionsverband in ausgezeichneter Weise: so heilten z. B. 7 Fälle, wo Sehnen-Catgutnähte angelegt wurden, sämmtlich prima intentione und zwar meist unter einem Verband. Spray-Apparat und Drainrohr war dabei nie in Anwendung gekommen.

6 Fälle von penetrirenden Gelenkwunden, welche das Schulter-, Hand-, Fuss- und Kniegelenk betrafen, heilten nach gründlicher Desinfection der Wunde unter dem antiseptischen Occlusionsverband mit vollkommener oder doch nur wenig behinderter Beweglichkeit. Auch hier war in einigen Fällen der Carbolspray niemals in Anwendung gekommen.

Die conservative Behandlung der offenen Fracturen (12 Fälle sämmtlich mit sehr kleiner Wunde) bestand 9 Mal in der Verschorfung der Wunde nach vorheriger gründlicher Desinfection mit einer concentrirten Carbollösung, 2 Mal in der antiseptischen Occlusion. Die Resultate sind durchweg günstig, wie bei subcutanen Fracturen; zum Theil konnten die Patienten mit ungefenstertem Gypsverband zur poliklinischen Behandlung nach wenigen Tagen entlassen werden.

In diesem Abschnitte über Verletzungen der Extremitäten wird ferner das weitere Schicksal jenes bekannten Falles von Nervennaht wegen Paralyse des rechten Unterschenkels und Fusses nach einer $2\frac{1}{2}$ Jahre früher stattgehabten Durchschneidung des Ischiadicus mitgetheilt: die motorische Paralyse bestand noch unverändert; auch die Sensibilitätsprüfung ergab nur das frühere schwankende Resultat.

2 traumatische Aneurysmen werden unter Benutzung der Esmarch'schen Constriction nach Antyllus operirt, die Arterie dabei ober- und unterhalb mit Catgut unterbunden, die Wundhöhle mit 5 % Carbolsäurelösung desinficirt, die Hautwunde mit Seidennähten bis zur Drainröhre vereinigt. Unter Listerverband (doch ohne Spray!) kommt die Heilung rasch, zum Theil prima intentione zu Stande.

Unter den acuten Gelenksentzündungen ist ein Fall von acuter Gonitis serosa hervorzuheben, in dem die wiederholte Punction des Gelenks mit folgender Jodinjection sich nachtheilig erwies. Es erfolgte Vereiterung des Gelenks und Durchbruch des Ei-

ters in das subcutane Gewebe des Oberschenkels unter Schüttelfrost. Unmittelbar nach dem Schüttelfrost Eröffnung des Gelenkes und des Oberschenkelabscesses unter Spray, Desinfection und Drainirung, dann Listerverband, wonach innerhalb 4 Wochen die Heilung mit Ankylose eintrat.

Chronische Gelenksentzündungen wurden 79 Fälle beobachtet, darunter 25 Erkrankungen des Knie-, 28 des Hüftgelenks. Dieselben wurden in 30 Fällen operativ behandelt und zwar wurden dabei meist Resectionen (24, davon 6 †), und nur in 7 Fällen Amputationen, resp. Exarticulationen ausgeführt (1 †), ferner in 2 Fällen bei Kindern die Auslöffelung der Tarsalknochen und Tarsalgelenke, sowie der Epiphysen der Unterschenkelknochen vorgenommen, beide Male mit Erfolg. In den 49 übrigen, nicht operativ behandelten Fällen kam meist der Gypsverband und die Gewichtsextension, aber auch hin und wieder, namentlich bei den torpiden Formen des Tumor albus genu das Ferrum candens, endlich auch die intraarticuläre Jodinjection in Anwendung.

Die Behandlung der Ankylosen und Contracturen nach abgelaufenen Entzündungen bestand entweder in der forcirten Streckung in Narkose oder in der allmäligen Streckung durch Gewichtsextension. Die Ankylosen nach geheilten Gelenkfracturen (7 Fälle, 6 betrafen das Ellbogen-, 1 Fall das Fussgelenk) wurden 5 Mal der Resection unterworfen, und bis auf ein Kind, das an Rachendiphtheritis starb, geheilt.

Unter 2 Fällen von Gelenkkörper des Knies, welche zur Beobachtung kamen, wird 1 Mal die Excision des Corpus mobile unter antiseptischen Cautelen vorgenommen. Vereinigung der Wunde durch Suturen und Listerverband, über welchen schliesslich noch zur Immobilisation ein Gypsverband gelegt wurde. Heilung prima intentione unter einem Verband.

Acute, spontane Osteomyelitis und Periostitis wird nur in 1 Falle beobachtet (†, bei der Autopsie finden sich eitrige Metastasen der Lungen und perforirende Abscesse des Herzfleisches).

2 Fälle von Knochenabscess der Tibia kommen zur Mittheilung. Der erste Patient stirbt vor der Operation, bei dem zweiten wird die wallnussgrosse Abscesshöhle aufgemeisselt, ausgiebig blossgelegt, die Wunde anfänglich antiseptisch occludirt, dann aber wegen Eiterung offen behandelt. Sehr rasche Heilung, so dass Patient schon 3 Wochen nach der Operation entlassen werden konnte.

Knochennekrosen kommen in 18 Fällen zur Beobachtung (1 † unter septikämischen Erscheinungen).

Geschwulstoperationen der Extremitäten wurden 2 Mal wegen Fibromen vorgenommen (einmal ausgesprochene Pyämie, Heilung), 2 Mal wegen Enchondromen, 8 Mal wegen Sarcomen (wobei u. a. in 1 Falle die Exstirpation des Tumors sammt der ganzen Scapula und dem Acromialende der Clavicula vorgenommen werden musste; † an Erysipel). Endlich kamen noch 2 Fälle von Carcinom

zur Beobachtung, 1 Chopart, 1 Exstirpation eines Carcinoms der Inguinaldrüsen.

Aus den Abschnitten 12 und 13 verdienen nur 1 Fall von Tetanus rheumaticus (†) und 1 Fall von Kohlenoxydgas-Vergiftung Erwähnung.

Im Anhang giebt der Verf. klare, interessante Uebersichten, in denen er das klinische Material nach Krankheitsgruppen, nach topographischen Gesichtspunkten ordnet, die beobachteten Geschwülste, die namhafteren Operationen tabellarisch zusammenstellt. Dann folgt eine Zusammenstellung sämmtlicher grossen Gelenkresectionen, welche in der Klinik ausgeführt wurden (34 Fälle, † 9), deren interessante Details im Original nachgesehen werden müssen. Referent kann sich nicht versagen, nur auf 1 Fall von wiederholter Ellbogenresection aufmerksam zu machen, bei dem unmittelbar nach der Operation ein ungefensterter Gypsverband angelegt und das erste Mal 12 Tage liegen belassen wurde (Heilung nach Abnahme des Verbandes prima intentione oberflächlich und in der Tiefe bis auf eine 1 Linie lange Granulationsfläche); das zweite Mal, wo der ungefensterte Gypsverband bei noch liegender, centraler Constrictionsbinde angelegt wurde, wurde allerdings die Abnahme des Verbandes folgenden Tages schon nothwendig. — Dann folgt eine Tabelle aller grossen Amputationen und Exarticulationen (22 Fälle, † 5), aus der Ref. nur eine in 11 Tagen unter 2 Verbänden vollzogene Vereinigung einer Pirogoff'schen osteoplastischen Amputationswunde erwähnen will (ohne Spray). Eine Uebersicht über das Vorkommen der sogenannten accidentellen Wundkrankheiten folgt, aus der 13 Fälle von Pyämie (eine Heilung), 6 von Septikämie (6 †), 52 von Erysipel (5 †) hervorgehoben werden müssen. Zum Schluss wird eine Zusammenstellung über die Ursachen der 116 Todesfälle gegeben, welche in dem vom Berichte umfassten Zeitraum zur Beobachtung kamen.

Hack (Freiburg i/Br.).

W. H. Gaskell. Ueber die Wand der Lymphcapillaren.

(Arbeiten aus dem physiologischen Institut zu Leipzig 1877.)

G. beobachtete mit Hülfe der Verdauungsmethode, dass die eigentliche Wand der Lymphgefässe des Kehldeckels aus einem engmaschigen Netzwerk feinster elastischer Fasern aufgebaut sei. Dieses Fasernetzwerk steht mit jenem der gefässlosen Theile der Schleimhaut im unmittelbaren Zusammenhang. Das elastische Netzwerk ist nach dem Lumen der Lymphgefässe hin mit der Endothelauskleidung versehen. Viele dieser Endothelzellen schicken auf ihrer dem elastischen Netzwerk zugekehrten Seite feine Fasern aus, welche in das letztere eindringen (cf. Kölliker, Handbuch der Gewebelehre 5. Aufl. p. 519. und His, Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie Bd. XII. p. 223). In glücklichen Fällen löst sich die Endothelhaut als Ganzes von dem umgebenden elastischen Netze ab, das stumpfe Ende der

Fortsätze der Endothelzellen erwies sich dann nicht mit dem elastischen Fasernetz verschmolzen, sondern nur an letztere angelehnt.

Durch diesen von G. nachgewiesenen Bau der Lymphgefässwand wird es verständlich, warum der Hohlraum der Lymphgefässe nicht durch den Druck der in den Gewebslücken liegenden Flüssigkeit zusammengepresst wird; die Lymphbahnen werden vielmehr durch das elastische Fasernetz offen erhalten und die in den Gewebslücken liegende Flüssigkeit kann in den Hohlraum der Lymphgefässe filtriren. (Vergl. auch die Angaben des Ref. über diesen Gegenstand: die Lymphgefässe der Gelenke, Arch. für mikrosk. Anat. Bd. 12. p. 657.)

H. Tillmanns (Leipzig).

Montes de Oca. Insufflation als Hülfsmethode bei chirurgischen Operationen.

(Rivista Medico-Quirurgica de Buenos-Ayres. Nach einem Referat des Norsk Magazin for Laegevidenskaben, Bd. VII., Hft. 10.)

Die von Montes de Oca, Professor der Chirurgie in Buenos-Ayres, erfundene Methode lässt Operationen an solchen Körperstellen leichter ausführen, wo Esmarch's Bandage nicht benutzt werden kann, wie z. B. am Halse. Mit besonderem Glück wurde diese überraschende Methode von de Oca angewandt bei der Exstirpation von Tumoren. Sie besteht in Einblasung von Luft in das um den Tumor liegende Bindegewebe und wird auf folgende Weise ausgeführt. Zuerst wird die Haut in der Nähe des Tumors von einem Troikart durchbohrt, durch dessen Kanüle bläst man nun mit Hülfe einer Luftpumpe Luft in das Bindegewebe, so dass der Tumor, vollständig isolirt, so zu sagen auf dem ausgespannten Bindegewebe schwimmt. Ist der Tumor sehr gross, wird es zuweilen nothwendig werden, Luft von zwei oder drei Punkten her einzublasen. Man soll stets durch Druck auf den Tumor zu verhindern suchen, dass die Luft zu weit in das Bindegewebe zwischen anderen Organen eindringe. Nach der Insufflation macht der Operateur einen Hautschnitt und vollendet die Operation mittelst der Finger oder mit Instrumenten.

Sänger (Leipzig).

Köster. Ulcera klysmatica.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 41.)

K. bespricht ein bisher nur von v. Recklinghausen erwähntes Geschwür im Rectum, etwa 2 Zoll oberhalb des Anus an der vorderen Wand sitzend, rund oder trichterförmig, bis zu der Grösse eines Markstückes, ohne entzündliche Wucherung seiner Ränder oder Grundes, welches bald die Schleimhaut zerstört, bald die Rectumwand perforirt und tödtliche Peritonitis zur Folge hat. Nach der Form und dem Sitz des Geschwüres ist dasselbe traumatischer Natur und zwar, wie öfters nachgewiesen wurde, durch die Ansatzspitze einer Klystierspritze entstanden. K. macht noch darauf aufmerksam,

dass nach neueren Untersuchungen auch die Oeffnung der inneren Mastdarmfisteln mit dem Sitz dieser klysmatischen Geschwüre zusammenfällt, und eine grosse Anzahl dieser Fisteln durch Klystierspritzen verursacht sei dürften. **Urlichs** (Würzburg).

Kleinere Mittheilungen.

Ponfick. Ueber eine eigenthümliche Form von Osteoporose.

(Vortrag, gehalten beim fünften Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

P. zeigt Theile des Skelets von einem 14jährigen Knaben mit eigenthümlichen Veränderungen. An allen Stellen, an denen normal Knochenresorption stattfindet — oberes Ende des Humerus, hintere Fläche vom oberen Theil der Tibia, Vorderfläche des Femur unterhalb des Kopfes, und hintere Fläche des unteren Endes der Diaphyse, Knorpelende der Rippen, beide Gelenkenden der Clavicula, Spina scapulae, Basis des Proc. coracoideus, Vorderfläche des Proc. alveolaris vom Ober- und Unterkiefer — zeigen sich am macerirten Knochen zahlreiche grubige Vertiefungen, denen im frischen Zustande grosse, dunkelrothe Granulationsknöpfe entsprachen, die der Innenseite des äusserst saftigen, wie speckig aussehenden Periosts aufsassen. Der Knabe war in Folge eines hämorrhagischen Sarcoms der rechten Niere marastisch zu Grunde gegangen. Bei der Section fanden sich nicht nur in der gesunden Niere und in den Resten der erkrankten verkalkte Cylinder, sondern auch das Herzfleisch, die Schleimhaut des Respirationstractus und des Magens und die ganze Lunge waren theils von mörtelartigen Kalkkrümeln, theils von Kalkplatten durchsetzt. Auf derartige »Kalkmetastasen« bei Krankheiten, die mit starker Resorption von Knochengewebe verbunden sind (Knochentumoren, Caries und Nekrose), hat schon Virchow aufmerksam gemacht; im vorliegenden Fall ist als weiteres Moment für die Infarcirung noch die durch Erkrankung der einen Niere behinderte Ausscheidung der Kalksalze anzusehen.

Knochenresorptionen finden sich nicht nur dicht unter dem Periost, sondern auch in den tiefen Schichten der Corticalis und selbst in der Spongiosa (lacunäre Einschmelzung, Gefässwucherungen); es handelt sich demnach um eine generalisirte, aber local umschriebene Osteoporose durch rareficirende Ostitis und Periostitis.

Es zeigt der Fall, dass nicht nur chronische Dyscrasien, sondern auch örtliche Geschwulstbildungen (Metastasen liegen nicht vor) den ganzen Körper sympathisch auf das Tiefste zu beeinflussen im Stande sind.

Aehnliche Veränderungen am ganzen Skelet fand P. auch bei Hunden, denen er eine Reihe von Transfusionen gemacht hatte; vielleicht können auch andere eingreifende Operationen denselben Effect haben.

A. Genzmer (Halle a/S.).

G. Ria. Nota sulla terapie del tetano. —

(Annali clin. — ospedale incusabili 1877. Juli und August.)

Bei Behandlung des Tetanus ist nach R. die vollkommene Isolirung des Kranken im dunklen Zimmer mit möglichster Vermeidung jeder physischen und moralischen Aufregung wesentlich. Innerlich wendet Verf. Chloral und Morphium an, äusserlich Zerstäubungen von Chloroform auf dem Rücken. Auf diese Art wurde ein Fall von traumatischem Tetanus nach Amputatio cruris geheilt. Bei einem 2. Fall von Tetanus rheumaticus wurden überdies Inhalationen von Chloroform (2 Mal täglich) mit Morphiuminjection während der Narkose (nach Nussbaum) vorgenommen. Auch dieser Fall heilte. **Menzel** (Triest).

W. R. Macdonald. The treatment of diphtheria.

(Medical times and gazette 1877. Oct. 6.)

Verf. empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen in 65 Fällen, von denen nur einer, ein Kind von acht Monaten, letal endete, eine Mixtur von

Kal. chlorici 0,5
Tct. ferr. mur. 7,0
Aqu. destill. 120,0

von der er zuerst viermal halbstündlich, dann zweistündlich einen Theelöffel nehmen lässt, bis die diphtheritischen Membranen verschwunden sind; dann dreimal täglich einen Theelöffel bis zur vollen Genesung. Verf. warnt vor allen Abführmitteln, auch den mildesten, die im Stande sein sollen, die leichtesten Fälle von Diphtheritis zum letalen Ausgang zu bringen. **H. Wildt** (Berlin).

F. Pennavaria. Delle paralisi post difteriche.

(Il Morgagni 1877. Aug. und Sept.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Rachendiphtheritis, welche von mehrfachen Paralysen gefolgt waren.

Im 1. Falle handelte es sich um einen 16jährigen Burschen. Die Rachendiphtheritis war binnen 24 Tagen geheilt, doch blieb Paralyse der Pharynxmuskeln mit consecutiver Dysphagie zurück. Vier Tage später traten erhebliche Sehstörungen auf, welche ca. 2 Wochen anhielten, darauf trat Paralyse beider unteren Extremitäten und Parese einzelner Finger auf. Nach 8maliger Faradisation der gelähmten Glieder gingen sämmtliche Paralysen zurück.

Im 2. Fall handelte es sich um ein 3jähriges Kind. Die Rachendiphtheritis dauerte 16 Tage; doch blieb auch hier Paralyse des Velums und der Pharynxmuskulatur zurück. Einen Monat später trat allgemeines Anasarka auf.

Das Hautödem verging fast plötzlich unter gleichzeitigem Auftreten von Glottisödem. Auch dieses verging, während wieder Taubheit und Paraplegie sich einstellte. Der Knabe wurde 3 Jahre später wieder untersucht. Mit Ausnahme andauernder Schwerhörigkeit sind alle übrigen Krankheitssymptome verschwunden.

Menzel (Triest).

Barwell. Case of the ligature of the carotid and of the subclavian artery.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 426.)

Aus dem Charing-Cross Hospital (London) wird kurz berichtet über die Unterbindung der Carotis und der Subclavia unter antiseptischen Cautelen wegen eines Aneurysma, welches das centrale Ende der Carotis und der Subclavia, die Innominata und wahrscheinlich auch den Bogen der Aorta zum Theil einnahm. Der Tumor reichte bis in die Höhe der cart. cricoidea und bis über die Mitte des Halses nach aussen. In den ersten Tagen verkleinerte sich die Geschwulst nur wenig, blieb dann stationär, nahm endlich schnell an Grösse ab und ist jetzt 4 Wochen nach der Operation sehr klein. **Pilz** (Stettin).

J. Bell. Case of empyema.

(Edinb. med. Journal 1877. Vol. I. p. 1000).

Verf. berichtet über folgenden Fall, in welchem nur die gründliche Drainage mit antiseptischen Hülfscautelen Errettung schaffte. Pat., ein 46jähr. Mann, war vor 18 Monaten 25′ hoch von einem Baume auf die Schultern und Rückenwirbel aufgefallen, er lag 8 Wochen bewusstlos. Zehn Wochen nach dem Unfalle wurde ein zwischen 5. und 6. Rippe der linken Seite aufgetretener Abscess eröffnet; reichliche Eiterentleerung, die 10 Monate anhielt und den Pat. sehr herunterbrachte. Bei der Aufnahme war die linke Brustseite gedämpft, ohne Athmungsgeräusch; die Herzspitze schlug in der Mittellinie an; durch die Fistelöffnung gelangte die Sonde zur Wirbelsäule hin auf rauhen Knochen; Secret jauchig. Nachdem eine silberne passende Drainkanüle durch die ganze Höhle gelegt und Auswaschungen mit Carbolsäure ($2^1/_2$%) gemacht worden waren, besserte sich der Zustand in 4 Wochen sichtlich. Dann mussten wegen auftretender Synkope die Injectionen ausgesetzt werden. Nach weiteren 10 Wochen lag die Lunge der Brustwand an, das Herz an normaler Stelle; das Drainrohr konnte gänzlich entfernt werden. In weiteren 4 Wochen volle Heilung. **Pilz** (Stettin).

H. L. Browne. A case of rapid hypertrophie of the spleen; excision.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 311.)

Ein bisher vollkommen gesunder, 20jähr. Mann, der nie an Wechselfieber, anderen fieberhaften Leiden oder Syphilis gelitten, bemerkte, dass er seit 6 Monaten viel dickleibiger wurde. Seit 1 Monate begann das linke Bein zu schwellen. Nach einer Besserung trat eine Schwellung des Abdomens ein. Dämpfung des Abdomens, Verdrängung des Herzens, Ascites. Der Urin enthält kein Eiweiss (Diuretica, Purgativa). Anasarca und Ascites gehen zurück. Dämpfung der linken Bauchseite mit unregelmässig gestalteter Begrenzungslinie zur Mittellinie hin, der Rand des Tumors deutlich zu umgreifen. Medication: Chinin, Jodkali, Phosphor, ohne Erfolg, trotz Besserung des Allgemeinzustandes. Innerhalb eines Monats bedeutende Zunahme der Geschwulst; heftige Schmerzen. Splenotomie. Das Organ nirgends adhärent; die Operation verlief ohne besondere Blutung. Tumor, $18^1/_2$ Pfd. schwer, zeigte eine einfach hypertrophische Milz. Pat. stirbt plötzlich 4 Stunden nach der Operation. Section fehlt. — Die Jugend des Patienten, die Wahrscheinlichkeit es mit keinem malignen Tumor zu thun zu haben, die Abwesenheit jeder anderen Erkrankung speciell der Drüsen, der hoffnungslose Zustand des Patienten, wo sicher durch Druck auf die grossen Gefässe und die anliegenden Organe in wenigen Tagen der Tod hätte erfolgen müssen, werden als Momente angeführt, welche die Operation rechtfertigen sollen. —

Pilz (Stettin).

G. Malgeri. Due casi die ernia strozzata guarita con clisteri effervescenti di carbonato di soda ed acido tartarico.

(Rivista clinica di Bolonga 1877. Fasc. 8°.)

Zwei incarcerirte Inguinalhernien wurden, die eine am 17. Tage, die andere am 3. Tage der Einklemmung durch Brauseklystiere reducirt. Es wurde nämlich Bicarbonas Sodae und Acidum tartaricum, jedes isolirt, in den Mastdarm eingespritzt. **Menzel** (Triest).

A. Patterson. Case of double popliteal aneurism.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 935.)

Ein 26jähriger Mann erhielt vor 7 Monaten beim Cricket-Spiel einen Schlag gegen das linke Fussgelenk, das längere Zeit schmerzhaft und geschwollen war. Vor 10 Wochen empfand er plötzlich Steifigkeit im linken Knie und Schmerzen beim Beugen desselben. Beim genaueren Nachsehen wird eine kleine pulsirende Geschwulst in der linken Kniekehle bemerkt. Nach 14 Tagen eine ähnliche Anschwellung in der rechten Kniekehle; bald folgt Taubheit und Schwellung des rechten Fusses. Beide Kniekehlen-Geschwülste wuchsen schnell und gaben die Empfindung, als ob sie »brennende Kohlen« enthielten. P. fixirte beide Kniee in starker Flexion. Nach 12stündiger continuirlicher Digitalcompression der linken Femoralis ist der pulslos und fester gewordene Tumor erheblich verkleinert; dasselbe Resultat wird an der rechten Femoralis in 9 Stunden erreicht. Die Digitalcompression verursachte dem Pat. keinen besonderen Schmerz, nur hatte er während derselben das Gefühl des Kribbelns in der Extremität; die Temperatur blieb normal. Aus Vorsicht wurde die Flexion im Kniegelenk noch 10 Tage unterhalten; die Tibial. post., welche vor der Compression pulsirte, wurde pulslos nach derselben. Volle Heilung. Verf. hat keinen Fall finden können, in welchem in 21 Stunden zwei Aneurysmen an einem Individuum zur Heilung geführt worden seien. In einem früheren Falle von Aneurysma poplit. erreichte er durch starke Flexion Heilung in 3 Tagen. Fünfmal hat P. die Femoralis unterbunden, in dem einen Falle bildete sich schnell ein Aneurysma popl. der andern Seite aus; es kam zu Gangrän beider Füsse und zum tödtlichen Ausgange.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nº. 8. Sonnabend, den 23. Februar. 1878.

Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen allgemeinen Krankenhauses in Berlin.

VI. Zur Behandlung von Narbencontracturen der oberen Extremitäten.

Von

Dr. **Boeters**.

Die permanente Gewichtsextension, bei Contracturen der unteren Extremitäten längst als eine der vorzüglichsten Behandlungsmethoden anerkannt, hat bisher in der Therapie gleicher Erkrankungen an den oberen Extremitäten nur wenig Anwendung gefunden. Abgesehen von den etwas grösseren Schwierigkeiten der Application in letzterem Falle und der grösseren Unbequemlichkeit für den Patienten, der gezwungen sein würde, im Bette zu liegen bei einer Erkrankung, die er andernfalls ambulant überstehen könnte, ziehen wir aus bekannten

dehnt, als vielmehr gesunde Haut vom Oberarm und der Schulter her in einer so ungewöhnlichen Ausdehnung herabgezogen worden, dass die Narbe jetzt lediglich den Unterarm einnahm, die Ellenbeuge aber von ganz gesunder, normaler Haut bedeckt war, welche der freien Bewegung keinerlei Hinderniss in den Weg legte und gleichzeitig eine Rückkehr des früheren Zustandes undenkbar erscheinen liess.

Nun wurde auch die Streckung der Hände in Angriff genommen. Dieselben wurden mit Heftpflasterstreifen gegen eine gabelförmig abgebogene, auf der Streckseite des Vorderarms in den Verband eingelegte Eisenschiene angezogen und so allmälig mehr und mehr gestreckt.

Mitte September war Patient bereits wieder ausser dem Bette, Nachts jedoch wurde er noch in den Verband gelegt. Bald ist derselbe auch ganz fortgelassen.

Die Hände zeigen immer noch Neigung, in die alte Stellung zurückzugehen und müssen durch fortgesetzte passive Bewegungen, eventuell auch einmal wieder durch den Schienenverband in normaler Beweglichkeit erhalten werden. In den Ellenbogen ist bis heutigen Tages die Beweglichkeit völlig frei geblieben. Der linke Arm ist seit Anfang November definitiv vernarbt geblieben, während die Vernarbung des rechten immer noch nicht ganz vollendet ist.

Im vorliegenden Falle hatten die zuerst angewandten Methoden — Schienenapparate, forcirte Streckung — keine andere Wirkung gehabt, als die schon so träge Wundheilung noch zu stören, die Beweglichkeit der Arme hatten sie nicht gefördert. Der permanenten Extension gelang es, in 14 Tagen die normale Beweglichkeit wieder herzustellen, und zwar ohne jegliche Störung der Wundheilung; kein schädlicher Druck oder Zug äusserte sich auf die Granulationen oder die Narbe, der Heilungsprocess konnte ungestört seinen Fortgang nehmen. Auf die Art, wie das zu Stande kam, haben wir schon oben aufmerksam gemacht. Es handelte sich nicht um eine Dehnung der Narbe; im Gegentheil, dieselbe zog sich fast sichtbar mehr und mehr zusammen, so dass, da ihr peripheres Ende an den Fingerspitzen unnachgiebig befestigt war, das centrale Ende allmälig von den Oberarmen auf die Vorderarme herabrückte und gesunde Haut von den Schultern her auf Oberarm und Ellenbogen nach sich zog. So überbrückte denn schliesslich die Narbe, die die Flexionsstellung bewirkt hatte, gar nicht mehr das Gelenk, sondern endete bereits einen guten Finger breit unter demselben, und die an ihrer Stelle befindliche gesunde Haut liess es fast räthselhaft erscheinen, wie hier eine Contractur bestanden haben konnte. Man darf wohl annehmen, dass im Gegensatz zu der Wirkungsweise der Extension, welche die Schrumpfung der Narbe nicht nur gestattete, sondern vielmehr beförderte, eine Schienenbehandlung im günstigsten Falle nur eine Dehnung der Narbe erzielt haben würde, da ja dieselbe am Oberarm von der Schiene festgehalten und an der Contraction gehindert worden wäre; ein Resultat, welches nach Abnahme der Schiene wahrscheinlich bald wieder durch nachfolgende Narbencontraction verloren gegangen sein würde.

Beck. Almanach der ärztlichen Polytechnik. Erster Jahrgang.

Leipzig, **Hildebrandt & Co.,** 1877.

Ein vom practischen Arzte gewiss mit vielem Danke aufgenommenes Unternehmen liegt im oben bezeichneten Werkchen vor. Auf etwa 100 Seiten hat Verf. einen mehrfach illustrirten Catalog der in der Neuzeit etwa seit 1870 construirten Instrumente, eine Art Instrumentenlehre, geliefert, wobei von allen seit längerer Zeit her gebräuchlichen Instrumenten abgesehen worden ist. Das ganze Material hat B. in zehn Abtheilungen eingetheilt: I. Allgemeine mechanische Therapie (worunter die Apparate zur Aspiration und Injection, zur Transfusion, Hämospasie und Hämostasie, sowie die der Geburtshülfe abgehandelt werden. — II. Allgemeine thermische, chemische und galvanische Therapie. — III. Allgemeine Diagnostik. — IV. Therapie der Sehorgane. — V. Therapie der Gehörorgane. — VI. Therapie der Respirations- und Digestionsapparate. — VII. Therapie der Brustorgane. — VIII. und IX. Therapie der Abdominal- und weiblichen Sexualorgane. — X. Therapie des Urogenitalapparates.

Im Ganzen sind 192 Instrumente beschrieben; grösstentheils ist das Citat gegeben, wo die erste Beschreibung zu finden ist, sowie die Firma der Verfertiger. Bei der Kürze, deren sich B. befleissigt, wird oft das Verständniss erschwert, welches durch mehr beigegebene Figuren erleichtert wäre. Eine kaum nennenswerthe Mühe wäre es ferner gewesen, wenn möglichst häufig der Preis angegeben worden. Auffallend ist die grosse Zahl der im Auslande angefertigten Apparate.

v. Mosengeil (Bonn).

R. Boehm. Ueber Wiederbelebung nach Vergiftung und Asphyxie.

(Arch. f. experimentelle Pathologie und Pharmacologie Bd. VIII. p. 68—101.)

Schon 1874 hat B. mitgetheilt, dass man durch letal wirkende Dosen von Kalisalzen getödtete Thiere wieder zum Leben zurückrufen kann. Nunmehr berichtet er ausführlich über 4 Versuchsreihen, die Wiederbelebung betreffend. Aubert und Dehn haben darauf hingewiesen, dass auch nach Einwirkung sicher tödtlicher Dosen von Kalisalzen sowohl der Herzmuskel, als auch seine nervösen Apparate noch lange ihre Erregbarkeit bewahren, nachdem der beinahe auf Null gesunkene Blutdruck die völlige Unterbrechung des Blutkreislaufs angezeigt hat. Sie sahen, in gleicher Weise wie B., dass das Herz bei völligem Gleichgewichtszustande im Manometer des mit der Carotis verbundenen Kymographion noch unregelmässige, sehr lebhafte, aber für die Fortbewegung der Blutmasse allerdings unfruchtbare Bewegungen ausführt. Injicirt man einer Katze 0,1 Kal. nitr. rasch in eine Vene, so erfolgt nach wenigen Secunden bis Minuten vollständiges Absinken des Blutdrucks bis fast zur Nulllinie; die Respiration stockt, es treten tetanische Krämpfe auf und

das Thier stirbt unfehlbar. Lässt man innerhalb 3—4 Minuten nach dem Stillstand der Respiration künstliche Respiration einleiten und beginnt spätestens 8 Minuten, am besten 2—3 Minuten darauf mit künstlicher Compression des Thorax, indem man ihn von vorn umfassend auf der Höhe der grössten Aufblähung durch die eingeblasene Luft mit mässiger Kraft zusammendrückt, so sieht man bei jeder Compression die Hg-Säule des Manometers um 50 bis 120 mm ansteigen. Auf diese Weise kann »eine Art Nothkreislauf« lange Zeit hindurch unterhalten werden. In einzelnen Fällen reichen 4—6 Compressionen des Thorax aus, um das Herz wieder in regelmässige Action zu versetzen, in anderen Fällen dauert es 4—36 Minuten. Stockt die Herzaction von Neuem, so muss man abermals mit einigen Thoraxcompressionen nachhelfen. Aus den im Original einzusehenden Blutdruckcurven erkennt man, wie sich im Einzelnen diese Vorgänge abspielen. Abgesehen von der Unterhaltung künstlicher Respiration und des Nothkreislaufes und dadurch ermöglichter O-Zufuhr zu dem automatischen Herznervensystem, wodurch dessen Erregbarkeit aufrecht erhalten wird, scheint die Compression günstig zu wirken durch den mechanischen Reiz, den sie auf das Herz ausübt. Nach Wiederbeginn der normalen Herzaction treten die ersten natürlichen Athembewegungen frühestens nach 40 Secunden und spätestens nach 54 Minuten ein.

Die Wiederbelebung nach dem Tod durch Chloroform anlangend, fand B., dass die künstliche Respiration nur in denjenigen Fällen allein ausreicht, das Leben wieder herzustellen, wo das Herz beim Beginn der künstlichen Lufteinblasung noch nicht völlig zum Stillstand gekommen ist. Nach eingetretenem Circulationsstillstand muss zur künstlichen Athmung noch die Thoraxcompression hinzutreten, jedoch ist die Wiederbelebung noch möglich, wenn das Herz bereits 7—19 Minuten, die Respiration 10—24 Minuten vollständig sistirt und die Wiederbelebungsversuche erst 1—9 Minuten nach dem Herzstillstande begonnen haben.

Hat aber das Herz in Folge von Erstickung (Absperrung der Luftzufuhr oder Athmung von H-Gas) seine Thätigkeit eingestellt, so büsst es sehr rasch seine Erregbarkeit vollständig ein. Hier muss entweder unmittelbar im Momente der erlöschenden Herzaction oder höchstens 1—$1^1/_2$ Minuten später künstliche Athmung, mit Thoraxcompression combinirt, eingeleitet werden, wenn die Wiederbelebung sicher gelingen soll. In Folge von plötzlichem O-Mangel verliert demnach das Herz viel schneller seine Erregbarkeit, als nach den Todesarten, bei denen der O-Mangel langsamer eintritt. —

Nach gelungener Wiederbelebung, also nach Wiederherstellung der normalen Respiration und Circulation zeigen die Thiere sehr auffällige Veränderungen und Abweichungen von der Norm, die B. ausführlich studirt hat und die er als »Erscheinungen nach gehobenem Scheintod« schildert. Zunächst zeigt sich eine erhöhte Reflexerregbarkeit, so dass das Thier einem strychnisirten ähnelt, ferner eine

hochgradige Ataxie der Bewegungen (Schwanken, Hahnentritt, Neigung nach der einen Seite umzufallen), verringerte Sensibilität, ausserdem eine 2—3 Tage, zuweilen noch länger anhaltende Blindheit (ohne nachweisbare Veränderung in den Sehorganen), wahrscheinlich auch vorübergehende Taubheit und Verlust des Geschmack- und Geruchsinnes, ein Sinken der Körpertemperatur (die Wärmeregulation scheint sich erst allmälig wiederherzustellen), endlich transitorische Melliturie. Im Allgemeinen gleichen die wiederbelebten Thiere eine Zeit lang vollständig denen, welche die Substanz ihrer Grosshirnwindungen verloren haben (s. die Arbeit von Goltz; Centralblatt 1877, p. 859). Wie bei tiefer Narkose oder im Scheintod die Functionen umgekehrt in der Reihenfolge wiederkehren, in welcher sie vorher verschwunden sind, so beginnt das Herz zuerst seine Thätigkeit, dann kommt die Respiration wieder in Gang; ganz zuletzt kehren die Functionen des Grosshirns (Bewusstsein, Empfindung, Willen etc.) zurück. Die eigenthümlichen Veränderungen der Motilität, Sensibilität und Sinnesthätigkeit sind wohl darauf zurückzuführen, dass die Functionen des Grosshirns der Thiere noch nicht oder höchst mangelhaft zurückgekehrt waren. **J. Munk** (Berlin).

Couty. Recherches expérimentales sur les gaz libres intra-artériels.

(Arch. de phys. norm. et path. 1877. No. 429—478.)

Die experimentelle Untersuchung über die Folgen der in die Arterien peripherwärts eingeführten Luft hat im Wesentlichen zu folgenden Ergebnissen geführt: Gasblasen innerhalb der Arterien können die Capillarnetze durchsetzen und in die Venen übertreten; sie erzeugen jedoch stets ein Circulationshinderniss; ihr Durchgang durch die Capillaren nimmt immer eine mehr oder weniger beträchtliche Zeitdauer in Anspruch. Ausserdem erzeugen sie eine bald vorübergehende, bald länger anhaltende Verlangsamung, ja selbst einen Stillstand der Blutbewegung in dem betreffenden Gefässbezirk. Der dem Luftdurchtritt durch die Capillaren gesetzte Widerstand kommt einem Druck von mehreren (in maximo 7) cm Quecksilber gleich. Für dasselbe Organ variirt die Grösse des Hindernisses 1) je nach der Menge der eingespritzten Luft, 2) nach der Höhe des arteriellen Blutdrucks, 3) nach der Erregbarkeit der peripheren Vasomotoren. Ferner ist die Grösse des Hindernisses abhängig von den einzelnen Organen selbst. Während die Capillaren des Gehirns und der Extremitäten die Gase leicht durchlassen, ist das Gegentheil bei der Milz und den Eingeweiden der Fall. Luft, die man in das periphere Ende der Art. carotis, pulmonalis oder cruralis einführt, kann, ohne die Capillaren zu durchsetzen, durch die Anastomosen der Arterien in die Aorta gelangen. — Meist führen freie Gase innerhalb der Arterien den Tod herbei, dadurch, dass sie zunächst die Circulation hemmen,

in Folge wovon weiterhin das Gehirn gelähmt, die Respiration und schliesslich die Herzbewegung sistirt werden. Was die Hemmung der Circulation anlangt, so ist sie bedingt 1) durch den Uebertritt eines Theils der in die Arterien eingespritzten Luft, 2) durch die Verlangsamung der Blutbewegung in den Capillaren, in Folge der in ihnen vorhandenen Luft, 3) durch die Gefässparalyse, zu welcher jede länger dauernde Anaemie des Hirns und Rückenmarks mit Nothwendigkeit führt. **J. Munk** (Berlin).

Ponfick. Ueber die plötzlichen Todesfälle nach schweren Verbrennungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 46.)

Verf. hat mit F. Schmidt Versuche über die Wirkung von Verbrühungen an Hunden angestellt, wobei sich bei allen Fällen intensiver Verbrennung schon nach wenigen Minuten eine schwere Veränderung des Blutes constatiren liess: die rothen Zellen lösten sich durch eine Art Zerbröckelungs- und Zerfliessungsprocess in eine Unzahl kleiner gefärbter Partikelchen auf. Diese verschwinden nach einer kurzen Zeit, wobei sie Störungen, besonders in Niere, Milz und Knochenmark hervorrufen. In den Nieren wird das gewissermassen frei im Blute circulirende Hämoglobin ausgeschieden, dabei aber das Parenchym in Entzündung versetzt. Theoretisch wird vom Verf. als Therapie nach Verbrennungen die Transfusion vorgeschlagen, da das ausgedehnte und plötzliche Zugrundegehen rother Blutscheiben wohl die Hauptrolle bei den schweren Symptomen spielt. — Experimente werden hier sehr leicht die Zweckmässigkeit des vorgeschlagenen Verfahrens prüfen lassen.

v. Mosengeil (Bonn).

Czerny. Studien zur Radicalbehandlung der Hernien.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 21—24.)

Verf. spricht seine Verwunderung darüber aus, dass jetzt nach den zahlreichen Erfahrungen über Operationen intraperitonealer Tumoren noch immer die grosse Scheu vor Eröffnung des Bruchsackes bestehe. Vor Allem aber müsse jetzt das Lister'sche Verfahren die Furcht verringern. So haben Steele sowie v. Nussbaum die Radicaloperation der Hernie unter aseptischen Cautelen ausgeführt. — In früheren Zeiten (von Celsus bis C. M. Langenbeck) suchte man durch blutige Operation die Verödung des Bruchsackes, später durch subcutane Eingriffe adhäsive Entzündung seiner Wandungen zu bewirken; Verengerung der Bruchpforte wurde nicht angestrebt bis Gerdy und John Wood. Letzterer nahm eine subcutane Naht der Schenkel des Leistenringes vor; doch lag in der subcutanen Ausführung sowohl Unsicherheit als Gefahr. C. legte nun den Bruchsack bloss, reponirte den Inhalt und umschnürte den Hals oder löste

den Sack aus seiner Umgebung, schnitt ihn am Halse ab und nähte ihn hier mit Catgut zu, wie es v. Nussbaum gethan. Darnach versuchte Verf. noch, die Bruchpforte zu verengern, zuerst durch eine Art Schnürnaht (er nennt sie Miedernaht) aus Catgut, wodurch er die Schenkel der Leistenringe vereinigen wollte. Zum Schlusse wurde die Hautwunde gleichfalls durch Catgut geschlossen. Da das Catgut sehr unsicher ist, leicht reisst etc., sah sich C. nach anderem Suturenmaterial um. Die mit zehnprocentigem Carbolwachs getränkte Seide reizte zu stark. Doch liess sich auch gewöhnliche Seide desinficiren, was Verf. durch Einbringen der desinficirten Seide in bacterienfreie Pasteur-Bergmann'sche Nährflüssigkeit zu prüfen suchte. Doch selbst längeres Verweilen der Seide in 5 % Carbollösung genügte nicht, wohl weil die Desinfectionsflüssigkeit nicht bis in die letzten capillaren Lufträume des zusammengedrehten Fadens eindrang. Völlige Desinfection der Seide wurde erst durch Kochen derselben in 5 % Carbollösung erreicht. Diese Lösung irritirt noch stark, weshalb die Seide alsdann in schwächerer Lösung ausgewaschen und aufbewahrt wird. — Vier verschiedene, in ihrem Detail interessante Operationsfälle sind beigefügt. **v. Mosengeil** (Bonn).

G. Bernard. Etude sur les corps étrangers articulaires. Application à leur traitement du pansement ouaté et de la méthode antiseptique.

(Thèse de Paris 1877. 101 S.)

Die günstigen Resultate, welche die operative Chirurgie in den letzten Jahren mittelst der modernen Verbandmethoden, des Guérin-schen Watteverbandes, besonders aber des Lister'schen Verbandes errungen hat, spiegeln sich in vorliegender Arbeit wieder. Etwa 50 Seiten derselben sind ausschliesslich der Lister'schen Methode gewidmet, dieselbe ist in ihren Einzelheiten geschildert, analysirt und dann sind ihre glänzenden Erfolge bei Gelenkincisionen, speciell behufs Extraction von Gelenkkörpern, durch 17 Krankengeschichten illustrirt. 2 Fälle von diesen 17 verliefen tödtlich, davon der eine lediglich dadurch, dass Pat. sich den Verband abgenommen hatte, worauf Vereiterung des Gelenks eintrat. Die günstig verlaufenen (darunter 3 eigene Beobachtungen und Operationen des Verf., 2 aus Pariser Spitälern und 9 aus dem Friedrichshospital in Kopenhagen [1869—1875] unter Saxtorph) heilten durchschnittlich in 1—1½ Monat. Die genaueren Einzelheiten über die Operationen und den Verlauf der Fälle sind im Original einzusehen.

Mit dem Guérin'schen Watteverband behandelt finden sich nur 2 Fälle; beide verliefen günstig, der eine heilte in 69, der zweite in 30 Tagen.

Die übrigen Theile der Arbeit enthalten in Kürze die Ge-

schichte der Operation der Gelenkkörper, welche mit Paré 1558 beginnt, ferner die pathologische Anatomie, Pathogenie, Aetiologie, Symptome, Diagnose, Prognose, Einzelheiten aus den Statistiken von Larrey (1558—1860) und Rendorff (1558—1869), sowie ein Literaturverzeichniss über Gelenkkörper und Gelenkwunden.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

L. Bandl. Zur Entstehung und Behandlung der Harnleiter-Scheidenfisteln.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 30—32.)

Die Fälle von Harnleiter-Scheidenfisteln, bei welchen gleichzeitig ein grösserer oder kleinerer Blasendefect vorhanden, scheinen alle auf gleiche Art zu entstehen, und zwar so, dass bei dem Heilungsprocess von Blasenscheidendefecten, in deren Rand ein Ureter einmündet, durch den Narbenprocess die Ureterenmündung in die Scheide verlegt wird, und der Blasendefect spontan zur Heilung gelangt. Schwer zu deuten bezüglich ihrer Entstehung sind die Fälle, wo zur Zeit ihrer Beobachtung nur eine Harnleiter-Scheidenfistel zu constatiren war. Zweimal hat B. eine Harnleiterscheidenfistel dadurch entstehen sehen, dass bei der Operation eines Blasenscheidendefects, in dessen oberen Rand ein Ureter einmündete, durch das Messer unbewusst eine Partie des die Blasenwand perforirenden Theils des Ureters ausgeschnitten wurde. So ist in dem Falle von Blasenscheidenfistel, den B. Ende 1875 beschrieben, von Bozeman der linke Ureter angeschnitten und mitgefasst worden, und hat so zum Zurückbleiben einer Harnleiterscheidenfistel Anlass gegeben. Um diese zu schliessen, umschnitt B. die Ureteröffnung, etablirte am unteren Schnittwinkel eine neue Blasenöffnung, führte dann einen Katheter von der Blase aus in den Ureter, frischte vom äussern Schnittrand aus flach an, und vereinigte schliesslich die Wundflächen. Nach 4 Wochen erfolgte Heilung. In der zweiten Krankengeschichte berichtet B. von einem Falle von sehr grosser Blasenscheidenfistel, welche ihm nach zweimaliger Operation bis zur Durchgängigkeit eines Katheters No. 8 zu schliessen gelang. Die nähere Untersuchung ergab, dass eine Blasen-Harnleiter-Scheidenfistel zurückgeblieben war. Nach einer dritten Operation blieb ein für einen Katheter 10 durchgängiger Canal, der in die Blase führte, bestehen; knapp am Rande desselben mündete schlitzförmig der rechte Ureter in die Scheide. Bei der vierten Operation führte B. zuerst einen Katheter von der Scheide aus in den Ureter, erweiterte den in die Blase führenden Canal auf 2 cm, schob den Katheter ganz in den Ureter hinauf, und zog dann das untere Ende desselben in die Blase und durch die Harnröhre nach aussen. Nachdem das Gewebe zwischen Ureterenmündung und Blasenschleimhaut getrennt war, wurde endlich die Wunde in der Scheide geschlossen. Heilung nach 14 Tagen. Nach den drei ersten Operationen kam es in einigen

Stunden zu hoher Temperatursteigerung und Schmerzen in der rechten Nierengegend. B. führt diese Erscheinungen auf den Verschluss des rechten Ureters zurück. In der dritten Krankengeschichte handelt es sich um einen Fall, in welchem 8 Monate nach der Entbindung, nach welcher direct unwillkürliches Abfliessen des Harns eingetreten war, und nach mehrfachen Operationen 2 narbige Trichter rechts und links von einer Brücke, die die Muttermundslippe verband, gefunden wurden. Der rechte Trichter führte in die Blase und wurde bald geschlossen. Hinsichtlich des linken wurde die Anschauung gewonnen, dass der linke Ureter mit einer ausserhalb der Blase gelegenen Höhle und durch dieselbe mit der Scheide in Verbindung stand. Die hiergegen unternommene Operation war gleich der im ersterwähnten Fall ausgeführten, hatte aber in diesem Falle keinen Erfolg. **v. Mosengeil** (Bonn).

H. Hildebrandt. Die Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien.

Handbuch der Frauenkrankheiten VIII. Abschn. Stuttgart, **F. Enke** 1877.

Die vorliegende Arbeit, welche in knapper Form die Krankheiten der äusseren Genitalien des Weibes im Zusammenhang bespricht, wird allen Denen besonders willkommen sein, welche das Missverhältniss empfunden haben, das zwischen der praktischen Wichtigkeit dieser Leiden und ihrer Abfertigung in vielen Lehrbüchern offenbar besteht. Aus dem Inhalt können wir an dieser Stelle selbstverständlich nur Einzelheiten hervorheben.

Nach einer gedrängten Uebersicht über den normalen Entwickelungsgang der äusseren Genitalien werden die Entwickelungsfehler kurz und bündig besprochen. — Von den als angeboren bezeichneten Vergrösserungen der Labien und der Clitoris ist nach H. ein guter Theil durch gewaltsames Zerren an den Organen erst acquirirt worden. — Bei narbigen Atresien der Vulva, die den Austritt des Kindeskopfs verhindern, soll der Geburtshelfer nicht zu lange mit den Incisionen zögern.

Von den Geschwulstformen werden die Elephantiasis und die spitzen Condylome eingehender besprochen. Bezüglich der ersteren ist H. der Ansicht, dass weniger umfangreiche Geschwülste dieser Art auch in unseren Gegenden durchaus nicht selten vorkommen. Er theilt einen einschlägigen Fall von Molluscum simplex aus der Königsberger Poliklinik mit, dessen Entstehung mit rohen Manipulationen Seitens des Ehemanns zusammenhing. — Die spitzen Condylome verdanken ihre Entstehung nach H. stets dem Reiz eines specifischen, chemischen Ansteckungsstoffes. Der häufige mechanische Reiz des Coitus, namentlich durch verschiedene Männer (Kühn), bildet keine genügende Veranlassung. Jedenfalls würde die Berufung auf ihre Häufigkeit bei Freudenmädchen nichts dafür beweisen. Dem Verf. ist bei intensiver Nachforschung namentlich

auch in der privaten Thätigkeit stets der Nachweis des infectiösen Ursprungs gelungen, wenn es sich auch oft nur um kleine Reste einer Gonorrhoe der Ehemänner handelte, über deren Vorhandensein diese selbst sich oft täuschten. Dasselbe gilt von der Condylombildung bei Schwangeren. H. hält es überhaupt für unerwiesen, dass sie während dieser Zeit häufiger als sonst auftreten. Sicher ist nur — aber auch leicht erklärlich — ihr schnelleres Wachsthum in der Gravidität und ihr spontanes Verschwinden im Wochenbett. In therapeutischer Hinsicht wird vor activem Eingreifen bei Schwangeren mit Recht gewarnt. Bei sehr üppiger Wucherung wird wiederholte Betupfung mit Solut. arsen. Fowleri empfohlen.

Aus der Lehre von den Verletzungen des Dammes ist hervorzuheben, dass auch H. den Zusammenhang zwischen Rupt. perinei und Prolapsus uteri et vagin. dadurch vermittelt sieht, dass durch den Defect die vordere Vaginalwand ihre Stütze verliert und prolabirt. Erst im weiteren Verlauf kommt es zu Cystocele und zu Gebärmuttervorfall.

Jeder Dammriss (— im Hospital selbst jedes klaffende Schamlippenbändchen —) soll durch die Naht vereinigt werden, womöglich stets unmittelbar nach der Entbindung. Bei completen Dammrissen darf die Naht aus keinerlei Rücksichten auf spätere Zeit verschoben werden, da die Prognose der auf frischer That vereinigten weitaus günstiger, als die der Spätoperationen ist.

Bis in's Einzelne genau beschreibt H. die Operation der veralteten Dammspalte, bei der er sich im Wesentlichen an Simon's Methode der Anfrischung anschliesst. Die Nahtvereinigung macht er nach einer eigenthümlichen Methode, da er, im Gegensatz zu Simon und Hegar) ein Hauptgewicht auf tiefe Dammnähte legt.

Zur Entstehung des Vaginismus wirken gewöhnlich 2 Factoren zusammen: erstens eine durch anatomische Veränderungen (Fissur u. s. f.) bedingte Hyperästhesie des Introitus und ausnahmsweise höher gelegener Partien, und zweitens eine primär vorhandene oder (häufiger) allmälig durch oft wiederholte Reize bedingte und durch unbefriedigte Geschlechtslust gesteigerte allgemeine Nervenreizbarkeit des Individuums. In der operativen Behandlung besonders schwerer Fälle schliesst sich H. den Vorschriften von Sims und Simpson an, während er die forcirte Dilatation in tiefer Narkose (Charrier, Sutugin) nicht empfehlen kann.

Zu den bereits bekannten Reizursachen, durch die das peinliche Leiden des Pruritus vulvae bedingt sein kann, fügt H. die von ihm einige Male beobachtete Erweiterung sehr zahlreicher kleiner Hautgefässe an den grossen Labien und dem Mons veneris hinzu. (Auch Ref. hatte Gelegenheit, in einem besonders hartnäckigen Fall dieser Art den von H. beschriebenen Befund als die einzige Abweichung von der Norm zu verzeichnen.) Löhlein (Berlin).

E. Albert. Der Excursionskegel des Femur bei Luxationen des Hüftgelenks.

(Separat-Abdruck aus den Berichten des naturwissenschaftl. Vereins in Innsbruck. Innsbruck 1877. 11 Seiten. 7 Figuren.)

Bezeichnet man die vom Mittelpunkt des Schenkelkopfs zum Mittelpunkt der Verbindungslinie beider Condyli femoris gezogene Linie mit Femuraxe, denkt man sich ferner eine Hohlkugel mit dem Radius = Femuraxe, deren Centrum mit dem Hüftgelenkendpunkt der Femuraxe zusammenfällt, so wird der peripherische Endpunkt dieser Axe bei Excursionen im Hüftgelenk auf der (inneren) Oberfläche der Hohlkugel sich fortbewegen, eventuell bei den grösstmöglichsten Excursionen einen bestimmten Theil der einen Hälfte der Hohlkugeloberfläche umschreiben. Diese Figur kann im Planiglobennetz auf Papier übertragen werden. Die betreffende Halbkugel kann in 4 Quadranten getheilt werden, je 1 für die Flexion, Extension, Adduction und Abduction, sie hat ferner einen Aequator, Parallelkreise, einen Pol und Meridiane. Construirt man eine solche Hohlkugel aus Draht, jedoch mit etwas grösserem Radius, als die Femuraxe, so kann man bei den verschiedenen Luxationen (und anderen Affectionen des Hüftgelenks) die einzelnen Excursionsgebiete sofort ablesen, wobei jedoch noch der (kleine) Fehler mit in Rechnung kommt, welcher durch das Hin- und Hergleiten des Femurkopfs (Ortsveränderung des centralen Endes der Femuraxe) entsteht. Auf diese Weise fand A. (an der Leiche), dass bei Luxatio ischiadica das ganze Excursionsgebiet in die Sphäre der Beugung und Adduction, bei der Obturatoria ganz in die Beugesphäre, bei der Pubica in die Extensionssphäre fällt. Wegen des Näheren muss auf das Original verwiesen werden. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

Landis. A case of strychnia-poisoning with recovery.

(Phil. med. Times 1877. No. 258. Bd. VIII. p. 6.)

Ein 29jähr. Apotheker nahm in selbstmörderischer Absicht etwas mehr als 0,12 Strychnin. Einige Minuten später trank er 1 Tasse Kaffee. 5—10 Min. später kam L. zufällig hinzu und fand den Pat. mit Opisthotonus und heftigen Krämpfen aller Muskeln, speciell auch der Kaumuskeln. Er liess sofort Aether inhaliren, worauf der einige Minuten später auftretende 2. Anfall bereits viel schwächer und der 3. bereits so schwach ausfiel, dass Pat. wieder sprechen konnte, ohne ein Recidiv zu bekommen. Jetzt wurde ausserdem noch Bromkali und Chloral gegeben. Es kamen noch 2 ganz unerhebliche Anfälle. Patient konnte 2 Tage lang nicht uriniren und musste katheterisirt werden. — Genesung.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

J. Neumann. Ueber die Anwendung der Borsäure gegen Hautkrankheiten.

(Pester med. chir. Presse 1877. No. 52. 30. Dec.)

Durch eine Publication von Nystroin aufmerksam gemacht, hat N. eine Reihe von Versuchen mit der Borsäure angestellt. Ausser Nystroin haben Westerlund und vor Allen Lister durch ihr günstiges Urtheil die Borsäure in die Chirurgie eingeführt, Letzterer namentlich in Form des Borlint.

Verf. hat die Borsäure theils allein, theils in Verbindung mit Gewürznelken, in flüssiger Form und in Salben benutzt. Bei Pityriasis versicolor, Herpes tonsurans spirituöse Lösung von 10 : 300 mit 2,50 Ol. caryophyll. und von 20 : 300 mit 30 Ol. caryophyll., bei Pityriasis rubra und allen Formen des Eczems in Salbenform von 10,0 auf 50, bei Herpes tonsurans und andern parasitären Hautkrankheiten in Lösung von 20 : 300. N. empfiehlt dieses Mittel als eine Bereicherung des Medicamentenschatzes und wünscht durch seine Mittheilung zu weiteren Versuchen anzuregen. **Leisrink** (Hamburg).

Couty. Un cas de tumeur ayant détruit le pédoncule cérébelleux inférieur.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 26.)

Es handelte sich im vorliegenden Falle um einen Tuberkeltumor, der in einem tuberkulösen 23jährigen Individuum zur Entwicklung gekommen war. Wir heben als bemerkenswerth in diesem Falle nur den Symptomencomplex heraus, von welchem das Entstehen des Hirntumors begleitet war.

Nachdem die Zeichen der beginnenden Lungentuberkulose schon durch einige Zeit an dem Pat. im Spitale constatirt worden waren, trat zuweilen bald nach dem Essen, bald auch in der Zwischenzeit Erbrechen ein; dabei befand sich sonst Pat. leidlich gut, war ausser Bett; seine Intelligenz intact. Ein paar Wochen vergingen, als ein heftiger Fieberanfall sich einstellte; eine linksseitige Pleuritis ward constatirt. Einige Tage hierauf zeigten sich ungestüme Bewegungen der Glieder und des ganzen Körpers des Pat.; seine Antworten verständig, doch zögernd, abgebrochen. Diese Symptome steigerten sich in den nächsten Tagen; der Puls war dabei stets frequent, die Pupillen etwas dilatirt, doch gleich weit und reagirend. Die Sensibilität blieb fortan intact.

Das Sprechen ward allmälig immer schwieriger; heftige Zuckungen des ganzen Körpers; die rechte obere Extremität in beständiger fibrillärer Muskelaction; linkerseits die Glieder eher etwas paretisch.

Zu Ende der 8. Woche Exit. letal. unter kurz andauerndem Excitationsstadium, wobei Pat. schrie, etc. etc.

Aus dem Sectionsbefunde heben wir nur hervor, dass neben ausgedehnter tuberkulöser Infiltration der Lunge die Producte einer frischen Basilarmeningitis gefunden wurden. Bei mehrfachen Durchschnitten durch das Gehirn fand sich ein graugelblicher, harter, wohlbegrenzter Tumor, von der Grösse einer grossen Haselnuss, der die Substanz des Pedunculus cerebelli infer. sinistr. vollkommen zerstört hat und dessen Stelle einnimmt; der Tumor geht mit seiner vorderen, inneren Fläche in das obere Ende des Olivenkernes über, und drängt auch etwas gegen den Boden des 4. Ventrikels vor.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors erwies dessen tuberkulöse Natur.

Verf. reiht an seine Darstellung schliesslich eingehendere Bemerkungen über den Sitz des Tumors. Der Pedunculus cerebelli infer. ist nach Meynert und Longet als Fortsetzung der sensitiven medullaren Bündel zu betrachten. Verf. weist darauf hin, dass der vorliegende Fall durchaus gegen diese Anschauung zu sprechen scheine, da, trotz der völligen Zerstörung des Pedunculus die Sensibilität in keinerlei Weise bei dem Patienten gestört war.

Verf. hebt schliesslich noch hervor, dass im obigen Falle den Destructionen einer völlig abgegrenzten Hirnpartie kein Krankheitssymptom, das als directe Folge dieser Destruction betrachtet werden könnte, während des Lebens des Pat. entsprach. **Fr. Steiner** (Wien).

Notta. Polypes du nez datant de trente ans.

(Année méd. de Caen II. Jahrg. No. 3.)

In einem Fall von Schleimpolypen der Nase, welche nach 30jährigem Bestand die Nasenhöhle nach und nach vollständig ausgefüllt und nach allen Richtungen ganz bedeutend erweitert hatten, sah sich N. genöthigt die temporäre Resection der Nase als Voroperation auszuführen.

Als Brücke wurde die Nasenwurzel erhalten. Nachdem die Nase auf die Stirn aufgeklappt war, konnte die Entfernung der Polypen ohne Schwierigkeit vorgenommen werden. Die Nasenmuscheln waren beinahe vollständig unter dem Druck der Polypen verschwunden. **Girard** (Bern).

Roller. Ein Fall von Hernia diaphragmatica.

(Correspondenzbl. der ärztl. Vereine in Rheinland etc. 1877. No. 20. p. 29.)

P. hatte bei einem Fall eine Rippe linkerseits gebrochen. Von dieser Fractur mit secundärer Pleuritis ein- und Hautemphysem geheilt, arbeitete er 4 Jahre lang als Maurer ohne irgend welche Beschwerden. Dann nach einem starken Marsch erkrankte er unter den Symptomen inneren Darmverschlusses und starb nach 9tägigem Kranksein. In der linken Brusthöhle fand sich das grosse Netz zu Mannsfaustdicke fibrös entartet, an der Thoraxwand angeheftet. Durch kurze Bänder an dieses geheftet, waren $1^1/_2$ Fuss Querdarm schwarzblau gefärbt. Die linke Lunge war auf ein ganz kleines Volumen zusammengezogen ohne entzündliche Reizung. Im Zwerchfell ein kleines, rundes, scharfrandiges, anormales Loch, durch welches die Eingeweide in die Brusthöhle gedrungen waren. In der Bauchhöhle waren die Gedärme besonders das Colon enorm ausgedehnt. Das Colon descendens war collabirt. **Madelung** (Bonn).

Chr. Heath. Cystic-oxid calculi.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 574. — Lond. path. soc.)

Verf. hatte vor 2 Jahren durch medialen Steinschnitt 16 wachsartige Steine von der Prostata und 3 aus der Blase entfernt, die nach genauerer Untersuchung aus reinem Cystin bestanden. Jetzt war der Tod in Folge eitriger Cystitis eingetreten. In der Blase fand sich eine Anhäufung von Cystinbröckeln und in jedem Ureter ein conischer Cystinstein. Die nach dem Tode aufgefundenen Cystinsteine waren bröcklicher, als die bei der Operation entfernten. Die Angehörigen des Pat. litten nicht an Steinbildung. Während des Lebens war stets Cystin im Harn des Pat. gefunden worden. **Pilz** (Stettin).

R. Amati. Emorragia traumatica degli ultimi ganglii della porzione toracica sin. del gran simpatico e del ganglio semilunare corrispondente, seguito da morte.

(Il Raccoglitore med. 1877. No. 10.)

Ein 20jähriger Mann fiel, während er eine über 1 Ctr. schwere Last einen Hügel bergab trug, auf das Gesäss. Unmittelbar darauf hatte er ein Gefühl von Druck im Epigastrium und war nicht mehr im Stande die Last fortzuschleppen. Eine Stunde später ass er reichlich; doch wuchs darauf das Gefühl von Spannung in der Magengegend. Zwei Stunden später erbrach er die Speisen und eine grosse Menge Blut. Das Blutbrechen hielt einige Tage an. Auch im Stuhl, sowie im Urin war Tags darauf Blut nachweisbar. Ungefähr 20 Tage später war allgemeines Anasarka eingetreten und am 35. Tage starb der Mann in einem Anfalle von Lungenödem. Bei der Section fand man: Ascites, starke Ausdehnung des Dickdarms und besonders des Magens. Auf der Schleimhaut des letztern einzelne Erosionen — acute Anschwellung und Ecchymosen der Nieren; die 4 letzten linksseitigen Dorsalganglien des Sympathicus, sowie das linke Gangl. semilunare waren geschwellt, saftreich, auf dem Durchschnitt röthlich, mit zahlreichen punktförmigen Ecchymosen versehen. Verf. leitet das ganze Krankheitsbild von diesen Veränderungen der Ganglien her und zwar insbesondere von der daraus folgenden Lähmung der Gefässe des Magens und der Niere. Die Gründe, welche Verf. anführt, sind für diese Anschauung sehr einnehmend. **Menzel** (Triest).

A. E. Barker. A case of rare dislocation of the hip.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 455.)

Ein 9jähr. Knabe, welcher anscheinend ohne Schmerzen gehen konnte, aber hinkte, war vor 6 Tagen vom Rücken eines Spielkameraden gefallen, angeblich mit

flectirtem, abducirtem rechtem Beine. Jetzt war das rechte Bein stark abducirt, das Becken stark geneigt, das Bein leicht flectirt, der Fuss leicht evertirt. Gleich nach dem Unfalle hatte Pat. andauernd gehen können. Die genauere Untersuchung ergab an Stelle der anscheinenden Verlängerung von $1^1/_2''$, eine Verkürzung von $^1/_4$—$^1/_2''$, und in der Narkose das Bestehen einer lux. subspinosa. Nach vergeblichen Reductionsversuchen gelang die Reposition leicht, als man das nach unten gezogene Bein adducirte, dann flectirte und stark nach innen rotirte. Zum Zustandekommen dieser Luxation suscotyloidienne (Malgaigne), L. subspinous (Bigelow) ist es nach Letzterem nothwendig, dass der obere innere Theil der Kapsel ganz vom Pfannenrande abgelöst sei. Die feste Lagerung des Halses unter dem lig. ileo femorale macht es möglich, dass die Pat. gleich nach dem Unfalle weiter gehen können. Von dieser seltenen Luxation sind bis heute nur 8 Fälle von B. aufgefunden. Malgaigne sammelte bis 1855 5 Fälle, Barrier, Gerdy (†), 1 Fall aus St. George's Hospital (†), Wormald, Cruveilhier (bei Section gefunden). Paletta's 6. Fall (1781) ist zweifelhaft. Hamilton (New-York) giebt als 7. eine eigene Beobachtung. Von diesen betraf, inclusive Paletta's Fall, die Verletzung nur Kinder. Von Gerdy und Barrier geschah die Reduction in derselben von B. erfolgreich angewandten Repositionsweise. **Pilz** (Stettin).

A. Reitter. Hernia inguinalis incarcerata. Herniotomia. Anus praeternaturalis. — Heilung. Aus der chirurgischen Klinik des Prof. Brandt in Klausenburg.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 36.)

Ein 50 Jahr alter Sattler hat vor 20 Jahren einen Schanker am Penis gehabt und seit dieser Zeit eine Geschwulst in der rechten Leistenbeuge, die keine Beschwerden macht. Am 19. Juni c., nach einem Excesse in Venere zeigten sich plötzlich die Erscheinungen einer eingeklemmten Hernie. Bei der Operation ergiebt sich, dass die nach vorn gekehrte Wand einer Dünndarmpartie in jener Geschwulst lag. Da das vorliegende Darmstück bereits gangränös war, wird es abgetragen mit Befestigung der Wundränder des gesunden Darms an der Hautwunde. Heilung in 4 Wochen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Bradley. Popliteal Aneurysm.

(Brit. med. Journ. 1876. Vol. II. p. 767.)

Während Heath mittelst Esmarch's elastischer Binde binnen Kurzem ein Popliteal-Aneurysma heilte, kam B. auf diesem Wege nicht zum Ziele. Er hatte bei dem orangengrossen, seit 4 Wochen bestehenden Aneurysma nach Anlegung von Carte's Compressorium das ganze Bein mit Ausschluss des Aneurysmas mittelst elastischer Binde eingewickelt; als die Binde nach 1 Stunde entfernt wurde, pulsirte das Aneurysma lebhaft; eine Woche ruhige Lage; dann dieselben Massnahmen mit negativem Resultate; Ligat. der Femor.; Heilung in 14 Tagen. B. vergleicht seinen Fall mit dem von H. und findet seinen Misserfolg dadurch begründet, dass er nicht wie H. über das mit Watte geschützte Aneurysma die Compression fortgeführt habe. **Pilz** (Stettin).

Druckfehler.

S. 88, Z. 6 v. u. und S. 89, Z. 7 v. o. liess Buchner statt Bucher. — S. 94, Z. 5 v. o. liess Heinr. Ranke statt J. Ranke.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nº. 9. **Sonnabend, den 2. März.** **1878.**

Zur Lehre von Dupuytren's permanenter Finger-contractur.

Von

Dr. **Baum**,

Oberarzt am städtischen Krankenhause zu Danzig.

Die von Madelung in No. 15 der Berliner klin. Wochenschrift, Jahrgang 1875, beschriebene Busch'sche Operation zur Heilung permanenter Fingerverkrümmungen ist von mir im vergangenen Sommer zweimal ausgeführt worden. In dem einen Fall handelte es sich um Narbencontractur nach Verbrennung, in dem anderen um die von Dupuytren sogenannte Retraction der Palmaraponeurose.

Die Krankengeschichte beider Fälle ist kurz folgende.

1) Willi de Payrebrune, 7 Jahr, aus Marienburg, hat sich vor 2 Jahren mit siedendem Kaffee verbrannt. Der Zeigefinger der rechten Hand steht in äusserster Flexion etwas ulnarwärts gerichtet,

so dass die Volarfläche des Nagelgliedes ungefähr die Mitte des Handtellers berührt. Der die Verkürzung bedingende Narbenstrang beginnt etwas oberhalb des 1. Interphalangealgelenks und endet in der Mitte des 3. Mittelhandknochens. Der dreieckige Lappen, welchen ich formirte, legte die Sehne bloss, bestand demgemäss aus Haut, Unterhautzellgewebe, Palmaraponeurose und Sehnenscheide, die mit einander zu einer homogenen Narbenmasse verschmolzen waren. Zur völligen Mobilisirung des Fingers wurde noch ein an der Radialseite der Sehne in der Richtung zum Handgelenk verlaufender Schnitt erforderlich. Nach Geradrichtung des Fingers verzog sich der Lappen nach vorn und stand hier beinahe senkrecht zur Fingeraxe, während die Wundränder sich so an einander legten, dass die Wunde fast den Eindruck eines einfachen Längsschnittes machte und leicht durch Suturen hätte vereinigt werden können. Wollte ich den Lappen an seine alte Stelle bringen, so musste ich die ursprüngliche Flexion des Fingers erst wieder herstellen; extendirte ich den Finger, so verzogen sich Lappen und Wunde in der angegebenen Weise. Die Operation war unter antiseptischen Vorsichtsmassregeln gemacht worden und die Heilung kam in etwa 14 Tagen reactionslos zu Stande. Eine orthopädische Nachbehandlung schien kaum erforderlich zu sein, doch liess ich eine kleine zinnerne Extensionsschiene kurze Zeit hindurch tragen. Das functionelle Resultat ist ein ganz vollkommenes.

2) Major Moldenhauer von hier, 45 Jahre alt, ein eifriger Cellospieler, hat schon vor vielen Jahren als junger Officier eine leichte Beugung des Ringfingers der rechten Hand im Metacarpophalangealgelenk bemerkt, die sich ohne nachweisbare Ursache gebildet hatte. Im Jahre 1875 stellte er sich Herrn Geheimrath Busch in Bonn vor, welcher ihm rieth, bei Vermehrung der Krümmung sich sofort operiren zu lassen. Der Finger war jetzt im Winkel von etwa 125°, der Mittelfinger ebenfalls leicht gebeugt. Beim Versuch der Streckung, welcher stets sehr schmerzhaft war, trat in der Hohlhand die für das Leiden charakteristische, schwielenartige Längsfalte stark hervor. Das Unterhautzellgewebe erwies sich bei der Operation als sehr fettreich, und die Loslösung des Lappens war demgemäss eine sehr mühselige und zeitraubende. Die vollkommene Streckung des Fingers gelang erst, als die Basis des Lappens namentlich an den beiden Seiten von ihrer Unterlage völlig abgelöst war. Auch hier folgte der Lappen dem Finger bei der Streckung, die Spitze desselben rollte sich ein, während die Basis sich fast senkrecht zur Fingeraxe stellte; es gelang auch hier nicht, den ausgebreiteten Lappen bei gestreckter Lage des Fingers über die Wundfläche wieder herüber zu legen; dazu war die Wiederherstellung des ursprünglichen Flexionswinkels nöthig. Die Seitenränder der Wunde legten sich bei extendirtem Finger ziemlich dicht an einander, wodurch es kam, dass der Lappen dieselben an seiner Basis seitlich etwas überlagerte. Ich würde daher künftig in ähnlichem Falle den Lappen leicht zustutzen und die ganze Wunde in Yform vereinigen. Unter antisepti-

schen Cautelen würde so die prima reunio erreicht und die Heilungsdauer wesentlich abgekürzt werden können. Auch in diesem Falle kam die Heilung reactionslos, ohne jede orthopädische Nachbehandlung in etwa 3 Wochen zu Stande und das functionelle Resultat ist gleichfalls ein durchaus vollkommenes. Das gleiche Verhalten des Lappens unmittelbar nach der Ablösung lässt eine gleiche Beschaffenheit des denselben constituirenden Materials in beiden Fällen vermuthen.

Auf die Aehnlichkeit beider Processe ist auch von fast allen Beobachtern hingewiesen worden, wenn auch Pitha meines Wissens der Erste ist, welcher der Schrumpfung der Cutis bei der Entstehung der Dupuytren'schen Fingercontractur einen wesentlichen Antheil zuspricht. Wenn demgegenüber in dem neuerdings in No. 49, Jahrgang 1877 des Centralbl. für Chir. mitgetheilten Leichenbefund von Richer die Integrität der Haut ausdrücklich hervorgehoben wird, so beruht das, wie ich glaube, auf einem Beobachtungsfehler und zwar aus folgenden Gründen.

Präparirt man die Aponeurose frei und erhebt dieselbe dann in einer Falte, hoch genug, um ihre Längendimension auf die Hälfte zu reduciren, so wird dadurch nur eine sehr geringe, leicht zu überwindende' Flexion in den Metacarpophalangealgelenken der Mittelfinger bewirkt. An der Haut kann man bei extendirten Fingern bekanntlich ein vergleichendes Experiment nicht anstellen, da dieselbe über der Vola so ökonomisch ausgespannt ist, dass sie sich während der Streckung nicht in einer Falte erheben lässt. Wenn man aber die Hand flectirt — diesen Versuch kann Jeder leicht an sich selbst machen — und von den dann entstehenden Querfalten nur einen kleinen Theil zwischen den Fingerspitzen der anderen Hand fixirt, so wird die Streckung des entsprechenden Fingers absolut verhindert. Excidirt man nun an der Leiche ein so fixirtes Faltenstück, so überzeugt man sich, dass dasselbe nur aus Haut und etwas Unterhautzellgewebe besteht. Auf dieser Knappheit der äusseren Bedeckungen beruht das Spannungsgefühl, welches Jeder bei extendirten Fingern empfindet, während es selbst bei stärkster Flexion fehlt. Da aber auf der Ausgiebigkeit der Extension zum grossen Theil Kraft und Geschicklichkeit der Hand beruhen, so wird die Extension von Leuten, welche geschickte und kräftige Hände brauchen, ganz besonders geübt. Ich habe oft einen berühmten deutschen Chirurgen im Stillen beobachtet, wie er in unbeschäftigten Momenten seine Finger in der wunderbarsten Weise hyperextendirt. Demzufolge besteht die Ruhestellung der Hand in halber Flexion. Weil aber bei voller Flexion, d. h. bei der Faustbildung, der Ringfinger in der Furche zwischen Tenar pollicis und Tenar dig. V. zu liegen kommt, während der Zeige- und Mittelfinger sich gegen den ersteren, der kleine Finger gegen den letzteren stützt, so wird auch bei der Ruhestellung der Ringfinger am meisten flectirt gehalten, dann folgen Mittel- und kleiner Finger, zuletzt der Zeigefinger. Das Verhalten des Daumens

ist individuell verschieden; meist in der Mitte zwischen Ab- und Adduction stehend wird er von einzelnen Menschen während der Ruhe consequent eingeschlagen. Bei alten Leuten, welche ihre Finger nicht extendiren, beispielsweise nicht schreiben, sieht man nun in der That oft Inactivitätscontracturen, welche eine Extension über diese Ruhestellung hinaus nicht gestatten. Das Hinderniss liegt hier jedoch nach meinen Erfahrungen ausschliesslich in den Gelenken und zwar hauptsächlich in den Interphalangealgelenken, welche in Folge des Nichtgebrauchs eine Excursionsbeschränkung erfahren. Die Dupuytren'sche Affection hat mit diesen Inactivitätscontracturen weder einen pathogenetischen, noch einen anatomischen Zusammenhang. Wenn gleichwohl auch bei diesem Leiden der Ringfinger in weitaus den meisten Fällen am frühesten und intensivsten erkrankt, so erklärt sich das aus dem Gesagten von selbst. Dieser Finger hat in Folge seiner Lage die grösste Bewegungsexcursion und macht daher am meisten Anspruch an die Verschiebbarkeit der Haut. Hyperflectirt man einen beliebigen Finger, so kann man die übrigen wenigstens passiv fast vollkommen extendiren; nur bei Hyperflexion des Ringfingers gelingt das der Hautspannung wegen nicht. Geringe Beeinträchtigungen der Verschiebbarkeit der Haut werden daher hier schon Functionsstörungen hervorrufen, welche bei den anderen Fingern noch ohne merkliche Folgen bleiben. Da nun der vom gebeugten Ringfinger bedeckte Theil des Handtellers den tiefsten Theil der Hohlhand repräsentirt, welcher bei jedem Griff der intensivsten Druckwirkung um so mehr ausgesetzt ist, als er ganz frei daliegt und von der Ballenmuskulatur unbedeckt bleibt, so ist er traumatischen Einwirkungen in erster Linie unterworfen.

Betrachtet man nun die bekannte Goyrand'sche Abbildung (v. Pitha's Krankheiten der Extremitäten, Fig. 19), so wird man unwillkürlich zu der Frage gedrängt, welchen Ursprungs die Stränge sind, welche hier von der Fascie zur zweiten Phalanx emporsteigen. Entartungen präformirter Bindegewebszüge sind sie nicht; wenigstens mir ist es trotz wiederholter Präparation normaler Hände nie gelungen, derartige Bildungen aufzufinden. Es würde aber ohne alle Analogie dastehen, wenn man sie als pathologische Auswüchse der Fascie betrachten wollte, welche sich polypenförmig zwischen Haut und Sehnenscheiden zur zweiten Phalanx hinauf drängen. Zwangloser ist es jedenfalls, diese Goyrand'schen Brides als hyperplastische Gebilde der Cutis anzusehen, welche nach Art der Schwielen durch chronisch entzündliche Vorgänge in Folge wiederholter Druckwirkung sich ausgebildet haben. Ist diese Ansicht begründet, so liegt es nahe, die Verdickungen der Hohlhand in gleicher Weise aufzufassen. Bei den in einzelnen Fällen sicher constatirten Contracturen des Daumens, der mit der Palmaraponeurose keinerlei Zusammenhang hat, wird man ohnehin genöthigt, die Cutis als Ursache der Contractur zu betrachten. In der Hohlhand ist nur die anatomische Diagnose in Folge der zahlreichen Verbindungsstränge zwischen Haut und Fascie

erschwert und es liegt daher hier gewissermassen in dem Belieben des Präparators, an welchem der beiden Strata er die fraglichen Verdickungen belassen will.

Eine sehr wesentliche Unterstützung gewinnt nun aber die Auffassung, dass es sich bei der Dupuytren'schen Contractur vornehmlich um degenerative Processe in der Cutis handelt, durch die Busch'sche Operation und zwar einerseits durch ihre Wirksamkeit, andererseits durch ihre Ungefährlichkeit.

Bestände das Essentielle derselben wirklich, wie Madelung meint, nur darin, dass eine granulirende Fläche geschaffen wird, deren leichtere Dehnbarkeit die Sicherung der Extensionsstellung ermöglicht, so hätte die Nachbehandlung die Hauptarbeit für den Erfolg zu leisten. Dass dem thatsächlich nicht so ist, beweist schon der eine von Madelung selbst erzählte Fall, in welchem der Patient sich kurze Zeit nach der Operation der Behandlung entzog, ohne dass der Erfolg darunter gelitten hätte. Auf das eigenthümliche, dem reinen Narbengewebe ähnliche Verhalten des Lappens habe ich vorhin schon aufmerksam gemacht und dieses veranlasst mich, das Wesentliche des Operationseffects vielmehr darin zu suchen, dass die in Flexionsstellung fixirte und gleichsam erstarrte Hautpartie vorgelagert und in einer, dem pathologischen Beugungswinkel des Fingers umgekehrt proportionalen Entfernung zur Verwachsung gebracht wird, während der Defect sich durch Heranziehen der seitlichen Hautpartien ersetzt. Die Operation gewinnt dadurch eine Aehnlichkeit mit der Rücklagerung des Muskelansatzes bei der Schieloperation, ist aber nebenbei eine recht eigentlich plastische. Dass ein solcher Effect aber nur bei Schrumpfung der abzulösenden Hautpartie denkbar ist, leuchtet ein.

Die Ungefährlichkeit der Operation ist durch zahlreiche von Busch ohne antiseptische Cautelen ausgeführte und stets ohne gefährliche Complication verlaufene Operationen hinlänglich erwiesen. Da man nun aber nicht wohl annehmen kann, dass der Lappenschnitt als solcher eine Garantie gegen Eitersenkungen gewährt, während der Dupuytren'sche Querschnitt und die subcutanen Operationen gerade dieser häufig beobachteten Complication wegen allseitig verworfen worden sind, so wird man zu einer anderen Erklärung gedrängt. Die Palmaraponeurose, welche als feste Coulisse die Sehnenscheiden mit ihren Schleimbeuteln von der Cutis trennt, wird bei dem Lappenschnitt in ihrer Flächenausdehnung unverletzt erhalten. Kleine Einschnitte in dieselbe, wie ich sie aus Madelung's Beschreibung herauslese, müssten meiner Meinung nach, da nach vollendeter Operation kein Extensionsverband angelegt wird, sofort verkleben und daher ihren Zweck verfehlen. Die Verwachsung des Hautlappens an seiner alten Stelle wird ja sicherlich auch nur durch das Einrollen seiner Spitze und die Senkrechtstellung der Basis verhindert. Träte eine solche sofortige Verklebung nicht ein, so läge eine sinuöse Wunde ersten Ranges vor, da ja ein vollständiges Sieb zum Durchsickern der Wundsecrete in die tieferen Schichten der

Hohlhand geschaffen wäre. Bleibt aber die Integrität der Aponeurose erhalten, was meiner Ansicht nach immer geschieht, so handelt es sich eben nur um eine einfache Hautwunde, deren Heilung ohne Störung vor sich geht. Der Dupuytren'sche Schnitt dagegen, der weniger subtil direct in die Tiefe dringt, wird die Fascie stets verletzen und gar leicht auch die Schleimbeutel und Sehnenscheiden blosslegen oder eröffnen. Bei den Verbrennungsnarben liegt die Sache offenbar anders, da hier wohl immer adhäsive Processe in der Umgebung der Narbe einen Schutz gegen diffuse Vereiterungen abgeben und so haben auch bei ihnen operative Eingriffe stets viel weniger Bedenken erregt.

Ob bei der Dupuytren'schen Contractur die Palmaraponeurose überhaupt eine Rolle spielt, will ich dahin gestellt sein lassen. Ist eine chronische Entzündung derselben wirklich das Primäre des Leidens, so würde dadurch zunächst immer nur bewirkt werden können, dass die Hand, um die Aponeurose zu entspannen, consequent ihre halbflectirte Ruhestellung einnimmt. Soll aber aus dieser rein reflectorischen Beugestellung eine permanente Contractur hervorgehen, so muss erst ein, diese Beugestellung fixirender, der hyperplastischen Narbenbildung ähnlicher Process in der Cutis auftreten, dessen Folgen auf plastischem Wege durch die Busch'sche Operation in eben so einfacher wie gefahrloser Weise beseitigt werden.

A. Lücke. Ueber Percussion der Knochen[1]).

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 4.)

L. benutzt zur Percussion der Knochen einen grösseren und einen kleineren Percussionshammer mit eichelförmiger Hartgummispitze.

Die Percussion dient erstens zur Feststellung grösserer Schmerzhaftigkeit z. B. für den Verlauf von Schädelfissuren. Ein ferneres Beispiel führt L. in einer durch die Percussions-Schmerzhaftigkeit erkannten centralen Ostitis des Talus an. — Zweitens ergiebt die Percussion der Knochen wesentliche Schalldifferenzen nach der Knochensubstanz. L. fand, dass die Extremitätenknochen in der Diaphyse einen tieferen und etwas dumpferen Schall, wie die Epiphysen gaben. Diese Differenzen des Schalles hängen von der Structur des Knochens ab. Die (5) verschiedenen Formen des Schalles unterscheidet Verf. als hohen, tiefen, gedämpften, hohlen, kurzen. — Bei der diagnostischen Verwendung der Percussion ist selbstverständlich die Vergleichung mit der gesunden Seite zu machen. Es wird nur der gedämpfte Schall bei Infiltration des Knochenmarkes gefunden, vielleicht schon bei Hyperaemie, sicher bei Ostitis, Osteomyelitis, Abscedirung sowohl in

---

[1]) Vortrag, gehalten am ersten Sitzungstage des VI. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin am 4. April 1877.

der Diaphyse, wie in der Epiphyse, ferner bei der Callusbildung, Hyperostosen, harten Exostosen. L. führt dann einige Beispiele an, welche zeigen, dass es ihm vermittelst der Percussion gelungen ist, ostitische Herde der Gelenkenden frühzeitig zu erkennen und zu heilen.

Der kürze Schall scheint pathologisch zu Stande zu kommen, wo sich in einem Gelenke Granulationen gegen den Knochen andrängen und die Knorpelfläche arodirt haben. — Der hohle, zugleich etwas hohe Schall, der in einzelnen Fällen sogar tympanitisch sein kann, kommt wesentlich der Osteoporose zu.

Maas (Freiburg i/Br.).

O. B. Shreve. Etherisation and its dangers.

(The Practitioner 1877. August.)

Die Wirkung des Aethers ist der des Chloroforms sehr ähnlich. Der erste Einfluss auf das Herz besteht in einer Verstärkung der Action, was man besonders bei Schwerverletzten, die sich im Zustande des Shoc befinden, häufig beobachten kann. Der frequente, unregelmässige, schwache Puls wird nach kurzem Aetherisiren regelmässig und kräftig. Hierauf folgt ein Stadium der Depression.

Nach Flourens werden bei genügend protrahirter Aetherisirung zuerst die sensiblen, dann die motorischen Functionen der Medulla obl. beeinträchtigt, und der Tod erfolgt schliesslich durch Lähmung der Respirationscentra.

Die Beschaffenheit der Respiration bildet überhaupt den Schlüssel für die Beurtheilung des Zustandes eines Aetherisirten; viel weniger wichtig ist die Beschaffenheit des Pulses. Verf. glaubt dies daraus schliessen zu dürfen, dass bei den Aetherasphyxien, die er beobachtete, die Herzaction noch längere Zeit nach Aufhebung der Respiration fortdauerte, dass namentlich bei einem Falle, der lethal endete, obgleich der Puls noch geraume Zeit fühlbar war, es weder durch die künstliche Athmung, noch durch eine Reihe anderer Wiederbelebungsmittel gelang, die Respiration wieder in Gang zu bringen.

Verf. glaubt, dass die Hauptursache der üblen Zufälle bei der Aethernarkose in einer Ueberdosirung zu suchen sei, dass aber vorzugsweise anämische Individuen gegen Aether sehr empfindlich seien und man deshalb bei diesen stets mit der grössten Vorsicht verfahren müsse.

Verf. führt dann sämmtliche üblen Zufälle, die während der Aethernarkose eintreten können, der Reihe nach an, wie das Hinterfallen der Zunge, das Erbrechen etc. Es sind dieselben Störungen, die bei der Chloroformnarkose vorkommen. Auch die detaillirt angeführten Gegenmassregeln enthalten nichts Neues.

Zum Schluss erzählt Verf. 3 Fälle von Aetherasphyxie, die ihm in seiner Praxis vorgekommen sind. Der eine betraf einen 16jährigen jungen Menschen, die zwei anderen Frauen von 40 Jahren. Sie

waren sämmtlich durch starke Blutungen sehr anämisch. Die Asphyxie trat plötzlich ohne alle Vorboten ein und endete im ersten Falle letal; in den zwei letzten kehrte die Respiration allmälig wieder. Die Herzaction dauerte jedesmal nach Aufhören der Respiration fort.

Verf. hält die Aethernarkose für durchaus nicht ungefährlich und empfiehlt in jedem Falle die grösste Vorsicht.

Rinne (Berlin).

Ollier. Du traitement des plaies dans une atmosphère antiseptique limitée par une paroi transparente ou des pansements sous verre.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1878. No. 1.)

Von der Thatsache ausgehend, dass so entgegengesetzte Wundbehandlungsmethoden, wie die antiseptische und die offene vorzügliche Resultate liefern, hat O. den Gedanken aufgenommen, diese beiden Methoden zu combiniren.

Er sucht diese Idee dadurch zu realisiren, dass er die Wunde in eine Hülse bringt, welche aseptische und antiseptische Luft enthält.

Diese Bedingungen werden durch Verf.'s Verband in folgender Weise erfüllt:

Gehen wir von einer Wunde des Handgelenkes aus, so wird die verletzte Extremität, welche in einem gefensterten Wasserglasverband liegt, in eine Art Glasflasche mit kurzem Hals gebracht. Die Glasflasche besitzt an ihrem oberen und unteren Ende einen Hahn, um Secrete ausfliessen zu lassen, Gase zu aspiriren und Carboldämpfe zu injiciren; auch ist in derselben ein Thermometer angebracht. Die Innenfläche des Glasrecipienten ist nach dem Principe von Tyndall (bringt man Glycerin an die Innenfläche eines geschlossenen Gefässes, so erhält man in kurzer Zeit optisch reine Luft), mit einer 10 % Carbolglycerinlösung bestrichen und werden, um etwaige noch vorhandene oder hineingelangte Keime zu zerstören, entweder Carboldämpfe in das Innere der Flasche zerstäubt oder in dieselbe ein Carbolsäure-Sachet gebracht.

Befestigt wird der Apparat an der Extremität durch einen Kautschukärmel. Zwischen Aermel und Extremität liegt eine starke Lage Watte, durch welche die Luft filtriren muss, ehe sie in den Recipienten gelangt. Um keine Circulationsstörungen hervorzurufen, ist es jedoch einfacher, entweder die Wattelage und den Hals des Recipienten durch einen Wasserglasverband an die Extremität zu befestigen oder den die Extremität einschliessenden Wasserglasverband so hoch hinaufreichen zu lassen, dass der Kautschukärmel direct an demselben fixirt werden kann.

Diese von Ollier angegebene Methode gleicht der 1835 von Guyot empfohlenen, doch geht Letzterer von anderen Principien aus, indem er die Wunde durch den Einfluss einer Luft von bestimmter Wärme behandeln wollte.

Demnächst wird Verf. die mit seiner Methode erhaltenen Resultate bekannt geben; den Werth dieser neuen Art von Wundbehandlung kann O. einstweilen noch nicht feststellen, doch glaubt er, dass sie in Bezug auf Wundheilung und Keimlehre besonderen demonstrativen Werth hat. **Th. Kölliker** (Würzburg).

F. Merkel. Ueber den Bau der Lendenwirbelsäule.

(Arch. für Anatomie und Physiol. Anatom. Abth. p. 314.)

M. hat vermittelst der Lucae'schen geometrischen Zeichenmethode, die es möglich macht, ein Profilbild der Wirbel zu entwerfen, welches in einer Ebene alle wesentlichen Punkte der Körper wie der Bogen enthält, von 12 Lendenwirbelsäulen beider Geschlechter und von der verschiedensten Grösse solche Zeichnungen angefertigt. Er kommt zu einem von den Ergebnissen Horner's und Meyer's abweichendem Resultat. Während jene den zweiten Lendenwirbel noch zu dem Wirbelsäulenabschnitt rechnen, der mit dem neunten Brustwirbel beginnt, und für den dritten, vierten und fünften Bauchwirbel einen Kreisbogen construiren, sieht er den mittleren Abschnitt der Bauchwirbelsäule von einem solchen und zwar mit einem Radius von meist 250 mm eingeschlossen und diesen Theil am wenigsten an der Vor- und Rückwärtsbewegung der Wirbelsäule betheiligt. Es ist vielmehr die Stelle zwischen Lenden- und Brustwirbeln einerseits und zwischen den Lendenwirbeln und Kreuzbein andererseits, wo die Bewegung am ausgiebigsten stattfindet. Denn es ist eine solche Bewegung theoretisch nur in solchen Gelenken möglich, deren Articulationsflächen zur Mittellinie entweder parallel und vertical oder im rechten Winkel und schief aufwärts stehen, ein Verhalten, welches man in den eben genannten Theilen der Bauchwirbelsäule annähernd findet, während die für die Bewegung ungünstigste Stellung die ist, wie sie in den mittleren Lendenwirbelgelenken vorhanden ist, nämlich eine um 45° gegen die Mittellinie gedrehte und verticale. Die grosse Beweglichkeit der Wirbelsäule von Kautschukmännern hat wahrscheinlich darin ihren Grund, dass sie durch tägliche Uebungen ihre Wirbelgelenke davor schützen, eine der Beugung ungünstige Lage anzunehmen, wodurch sie im Stande sind, Bewegungen, welche andere Menschen nur in bestimmten Bauchwirbelgelenken ausführen, auf alle zu vertheilen, um damit eine grössere Excursion zu erzielen. — Die allmälige Umänderung der fast gestreckten Bauchwirbelsäule des Neugeborenen in die regelmässig gekrümmte wird durch das ungleiche Wachsthum der Bogen und Körper bedingt. Die vordere normale Krümmung von 250° fand M. schon an der Wirbelsäule eines 8jährigen Knaben, so dass bereits von diesem Alter oder vielleicht noch von einem früheren an die gesammte Bauchwirbelsäule den Gleichgewichtsverhältnissen des Gesammtkörpers entsprechend ihre Normalkrümmung bewahrt.

Pinner (Freiburg i/Br.).

H. Pagenstecher. Die Operation des grauen Staares in geschlossener Kapsel.

Wiesbaden, C. W. Kreidel's Verlag, 1877.

Eine Zeit lang wurden in der Pagenstecher'schen Klinik alle Katarakte in der geschlossenen Kapsel extrahirt; jetzt wird das Verfahren für die Fälle reservirt, bei denen Aussicht ist, das Platzen der Kapsel sicher zu vermeiden, d. h. bei denen man auf eine Lockerung der Zonula rechnen darf; wie denn Verf. überhaupt eine Sonderung der Indicationen für die verschiedenen Operationsmethoden verlangt. Die Complicationen, welche eine Lockerung der Zonula herbeiführen, werden angeführt und besprochen. Die Operation wird im Bette, gewöhnlich ohne Narkose, ausgeführt. Nach dem Graefeschen Linearschnitte und einer breiten Iridectomie gelingt bisweilen die Entbindung ohne Einführung des flachen Löffels durch Druck auf den oberen Scleralwundrand und die Cornea bei gleichzeitiger Rotation des Bulbus nach unten; wenn nicht, wird die Extraction durch ein genau beschriebenes Löffelmanoeuvre beendigt. Glaskörperverlust scheint etwas häufiger zu sein, als bei der gewöhnlichen Graefe'schen Extraction. Hinsichtlich des Heilungsverlaufes ist eine beinahe constant auftretende Chemosis zu erwähnen, deren Erklärung nicht versucht wird; ferner die fast in allen Fällen beobachtete vollkommene Reizlosigkeit der Iris. »Bei der Extraction mit der Kapsel droht dem Auge von Seiten der Iris niemals Gefahr.« Die daran sich knüpfenden interessanten Erörterungen über die Ursachen der Irisreizung nach Extractionen entziehen sich der Form eines kurzen Referates. — Die Beeinflussung des bei dieser Methode durchschnittlich etwas längeren Heilungsverlaufes durch Glaskörperverluste wird ausführlich besprochen; dabei wird der schon früher eingenommene Standpunkt des Verf., dass es eine genuine Glaskörperentzündung nicht giebt, festgehalten. Den Schluss bildet die Mittheilung der Resultate nebst statistischen Zusammenstellungen. (290 Fälle mit 5,5% Nichterfolg.) Blendungserscheinungen fehlen bei den grössten Colobomen, auch als diese noch nach unten angelegt wurden; die Nothwendigkeit einer Nachoperation tritt fast nie ein. Glaskörpertrübungen scheinen sich auffallend rasch zu resorbiren.

Fränkel (Chemnitz).

G. Jurié. Ueber den Mechanismus der Harnverhaltungen bei Greisen.

(Arch. für klin. Chirurgie 1877. Bd. XXI. Hft. 4.)

Busch und vor ihm Kohlrausch (Zur Anatomie und Physiol. der Beckenorgane, Leipzig 1854) nehmen an, dass die frei in das Blasenlumen hineinragenden Wucherungen der Prostata eine der häufigsten Ursachen für die Harnverhaltungen alter Männer seien. J., welcher seit 10 Jahren mehrere Hundert von Prostata-Hypertrophien

untersucht hat, konnte solche mächtigen Wülste nur 8 bis 10 Mal beobachten. Die trotzdem so häufigen Harnverhaltungen erklärt er durch den Mechanismus der Blasenentleerung, ohne dabei eine Compression der Harnröhre anzunehmen.

Durch frühere Versuche (Beiträge zur Kenntniss des Baues und der Verrichtung der Blase und Harnröhre. I. Muskulatur der Blase. Med. Jahrb. 1873, Hft. 4) hält es J. für wahrscheinlich, dass die Entleerung der Blase durch die Contraction der Längsmuskeln eingeleitet wird. Der beweglichere Scheitel nähert sich dadurch der Urethra; erfolgt keine Entleerung, so entspricht der Verkleinerung des Durchmessers von oben nach unten eine entsprechende Vergrösserung des Querdurchmessers. Die unteren Enden der Längsmuskeln wirken aber als kräftige Antagonisten des Sphincter internus. Sie verlaufen eine Strecke zwischen dessen Fasern, treten ferner an die prostatische Kapsel und den muskulösen Theil der Urethra, hierbei Bogen beschreibend, deren Convexität gegen die Urethra gerichtet ist. Es wird also bei ihrer Spannung der Schliessmuskel sammt den Wänden der Prostata auseinandergezogen, und zwar um so kräftiger, je grösser der ursprüngliche Bogenumfang war. Die Grösse dieses Umfanges steht im geraden Verhältniss zur Ausdehnung des unteren Blasenabschnittes, im umgekehrten zum Umfange der Vorsteherdrüse. Erst nach Eröffnung der Harnröhre kann die Verkleinerung des Blasenlumen erfolgen.

Bei der Prostata-Hypertrophie hat sich der Canal der Pars prostatica urethrae bedeutend verlängert. Er ist ferner von weitaus dickeren, resistenteren Wänden umgeben, durch deren Volums-Zunahme die äusseren Längsbündel weit kleinere Bögen beschreiben und dadurch an erweiternder Kraft verlieren. Dazu kommt dann noch, dass die Prostata sich hauptsächlich nach oben und rückwärts bei der Hypertrophie ausdehnt, so dass die Harnröhre sich nicht nur nach diesen Richtungen verlängert, sondern bei gleichmässiger Hypertrophie auch unterhalb des Sphincter internus in sagittaler Richtung stark ausgezogen wird. Sie erscheint als eine längliche Spalte, deren Wandungen oft ungemein fest aneinander gepresst sind. — J. bespricht des Näheren die hieraus hervorgehenden Hindernisse der Harnentleerung. Nachdem er sodann noch andere bei der Harnverhaltung in Betracht kommende Verhältnisse der Innervation, Ueberspringen von Reizen von Mastdarm auf Blase und deren Sphincter, Geschwüre oder kleine Einrisse an der inneren Harnröhrenöffnung, Steine u. s. w. erwähnt hat, kommt er zu dem Schlusse, dass abgesehen von Lähmungszuständen der Blasenmuskulatur die Häufigkeit der Harnverhaltung bei Greisen sich so erklärt: am zahlreichsten sah J. die Fälle, bei denen die Verhaltung auf dem Widerstande der Prostata-Wandungen beruhte; weniger häufig fand er das Hinderniss in beweglichen Läppchen, am seltensten in Sphincteren-Krämpfen. **Maas** (Freiburg i/Br.).

Courty. Traitement palliatif du Cancer de l'Utérus.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 37.)

C. spricht die Hoffnung aus, dass es durch die modernen Behandlungsweisen gelingen werde, gewisse krebsige Erkrankungen der Gewebe zu modificiren, ja selbst zur Ausheilung zu bringen, wie dies bei gewissen Hautkrankheiten in ähnlicher Weise der Fall sei. C.'s Heilverfahren ist ein wesentlich palliatives und beschränkt er dasselbe vorerst auf die Sarcome und Epitheliome; es sei ihm in einer grossen Zahl von Fällen gelungen, das Leben solcher Pat. über die voraussichtliche Dauer desselben hinaus zu verlängern, in manchen Fällen die Erkrankung so zu modificiren, dass die Gefahr eines schlimmen Endes als beseitigt angesehen werden konnte.

C.'s Behandlungsweise ist eine allgemeine und locale. Erstere ist hauptsächlich auf Kräftigung des Körpers gerichtet: Nahrhafte, leicht verdauliche Kost, viel Milch mit Selterswasser, ferner bittere Mittel, Wein, Eisen, Pepsin nach den Mahlzeiten und etwas Bicarb. Sodae zuvor; Regelung des Stuhles u. s. w. Auch der Hydrotherapie und der Anwendung der Arsenikpräparate spricht C. eifrig hierbei das Wort.

Die locale Behandlung ist verschieden, je nachdem das Leiden am Körper oder Halse des Uterus sitzt. Im ersteren Falle muss der Cervix erweitert (mit Pressschwamm) und die Mucosa uteri mit scharfem Löffel abgeschabt werden; hierauf energische Application von Zinc. chlor. auf die inneren Wandungen des Uterus. — Hat sich das Neugebilde am Collum uteri entwickelt, so räth C., falls dasselbe die blumenkohlartige Form hat, es mit der elastischen Schlinge abzutragen und den Stumpf hierauf mit dem Thermocauter zu behandeln. Bei der geschwürigen Form, welche häufig noch auf die angrenzenden Theile der Vagina sich ausbreitet, sei am besten vom Chlorzink und der Pasta Canquoin Gebrauch zu machen. Um die schliessliche Vernarbung zu begünstigen, empfehle sich Jodtinctur, Opiumtinctur, vor allem aber das Bepinseln mit Solut. Fowleri; noch energischer wirke zur Erreichung des letztgenannten Zweckes das Einstreuen von rothem Arsenikpulver (von Rousselot oder Frére Come).

Durch alle diese palliativen Proceduren werde das Leiden der Pat. ungemein erleichtert, und ihr Leben verlängert.

Fr. Steiner (Wien).

S. W. Torrey. Intra-uterine injections in post partum hemorrhage.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Vol. I. p. 89.)

Nachdem Barnes bei Nachblutungen post partum lebhaft die intrauterinen Injectionen von Liq. ferr. sesq. empfohlen und viele Anhänger gefunden, erheben sich in jüngster Zeit viele Stimmen gegen die Injection dieser Lösung; berichtete doch Ringland (Dublin), dass

von 45 so behandelten Frauen 11 starben und M. Duncan (Edinburgh) glaubt, dass bei dieser Behandlung mehr Frauen sterben, als früher ohne diese. Die grosse Gefahr des Mittels liegt darin, dass es nicht allein das in der Gebärmutterhöhle befindliche Blut coagulirt, sondern die Gerinnungen sich weiter in die Uteringefässe, besonders in die Venen fortsetzen und dadurch leicht Embolien herbeigeführt werden (Spencer-Wells, Playfair), ja weiterhin durch Zersetzung resp. Zerfall der Coagula Septikämie hervorrufen können (Emmet, Thomas). Daher bestrebte man sich, andere Mittel zu benutzen, welche nicht lediglich coagulirend wirken; ein solches ist die von Dupeirris zuerst angewandte Jodlösung, welche direct contrahirend wirkt, keiner nachfolgenden desinficirenden Injectionen bedarf und in sehr kleiner Menge schon wirksam ist. Weniger werthvoll haben sich die Kaltwasser-Injectionen erwiesen; mehr Nutzen scheinen die Heisswasser-Einspritzungen zu leisten (Windelband). Die weiterhin empfohlenen Injectionen von Matico, Essig und anderen adstringirenden oder reizenden Substanzen haben alle Schädlichkeiten im Gefolge, welche den in grosser Menge nothwendigen Injectionen anhaften; Aether-Spray gegen das Abdomen wird eine hülfreiche Unterstützung abgeben können. Ist eine Nachblutung nach einer Geburt zu befürchten (frühere Nachblutungen, Zangengeburt in Narkose, stürmische Geburt), so ist, sobald der Kopf auf den Damm drückt, Ergotin subcutan zu geben und sogleich nach der Geburt der Uterus fest mit den Händen längere Zeit zu comprimiren. Etwaige Blutcoagula sind mit der Hand zu entfernen. **Pils** (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

F. Parona. Annotazioni chirurgiche.

(Annali univ. di medic. e Chirurgia 1877. Nov.)

In diesem Aufsatze theilt P. verschiedene interessante Fälle mit; zunächst einen Fall von Neuralgie des Unterkiefernerven bei einem 74 Jahre alten Weibe, welcher durch intrabuccale Resection des Nervus inframax. geheilt wurde. Beim Hervorziehen des Nerven mit der Pincette riss derselbe entzwei, und kümmerte sich P. nicht weiter um die retrahirten Enden.

Ein 57jähriger Mann erlitt eine schwere Unterschenkelfractur im untern Drittel. Nach 44 Tagen, eben als der inamovible Verband entfernt werden sollte, starb Pat. ganz plötzlich. Bei der Section fand man die linke Lunge gedunsen und splenisirt, die rechte blass. — In der Pulmonalarterie wurde ein Blutcoagulum gefunden. Die Fractur war geheilt, doch die Venen in der Umgebung leicht entzündet.

In einem weitern Fall von Unterschenkelfractur, ebenfalls im untern Drittel bei einem 36jährigen Manne, blieb die Verknöcherung 5 Monate lang aus, obwohl Pat. stets ganz rationell behandelt worden war.

P. heilte die Pseudarthrose durch Injectionen von Jodtinctur in das Zwischengewebe. Es wurden im Ganzen 3 Mal in Zwischenräumen von einer Woche je 5—6 Tropfen reiner Jodtinctur injicirt, während das Bein in einem gefensterten Gypsverband lag.

Interessant ist auch eine intracapsuläre Schenkelhalsfractur, welche trotz der

Kränklichkeit und des hohen Alters (75 Jahre) des Weibes doch, wie die Section erwies, vollkommen knöchern heilte.

Im letzten mitgetheilten Falle handelt es sich um eine diffuse phlegmonöse Periostitis der Tibia bei einem 11jährigen Knaben, an welchem P. am 10. Tage eine tiefe lange Incision bis auf den Knochen ausführte. Das Periost fand sich fast ringsum durch Eiter abgehoben. Ungefähr zwei Wochen später wurde, da das hohe Fieber sich wieder einstellte, zunächst die obere Hälfte und bald darauf auch die untere Hälfte der Tibia resecirt. Die Markhöhle war von Eiter erfüllt. Die Knochenregeneration war ziemlich vollkommen. Der Fall spricht sehr zu Gunsten der primären Resection bei eitriger Osteomyelitis.

Schliesslich erläutert P. zwei von ihm vorgeschlagene, recht zweckmässige Apparate zur Beugung und Streckung des Ellbogen- und des Tibio-Tarsalgelenks, deren Beschreibung aber ohne Zeichnung in Kürze nicht wiedergegeben werden kann. **Menzel** (Triest).

Esmarch. Ueber Nachblutungen bei Anwendung der künstlichen Blutleere.

(Vortrag, gehalten beim fünften Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

Die starken Nachblutungen, die nach Operationen unter Anwendung der künstlichen Blutleere beobachtet wurden, und manche Chirurgen veranlassten, die Methode wieder fallen zu lassen, haben verschiedene Gründe.

Bisweilen werden zu harte Gummischläuche zu fest um das betreffende Glied gelegt, und die Folge ist eine vollständige Gefässparalyse; E. bedient sich nach dem Vorgange v. Langenbeck's nur elastischer Binden zur Constriction. Häufiger aber ist der Grund der Nachblutung in der Art der Blutstillung zu suchen.

Nach Nekrotomien tamponirt E. die ganze Knochenwunde vollständig mit carbolisirtem Feuerschwamm, und legt darüber den antiseptischen Verband; der Pat. verliert dann oft wörtlich genommen keinen Tropfen Blut. Stärkere Blutungen wurden aber meist bei Amputationen nach Lösung des Schlauches beobachtet.

E. legt bei der Technik der Amputationen und der Blutstillung dabei auf folgende Punkte Gewicht.

Alle Muskelschnitte müssen circulär ausgeführt, die einzelnen Muskeln quer durchtrennt werden. Bei der Bildung von Muskellappen werden die Gefässe flötenschnabelförmig zugeschnitten, und die Ligaturen gleiten leicht ab.

Ist der Knochen durchtrennt, so wird vor Lösung der Binde Alles, was sich als Gefässlumen erkennen lässt, unterbunden; es wird kein Unterschied zwischen Vene und Arterie gemacht. Hierauf wird die umschnürende Binde nicht allmälig, sondern auf einmal ganz entfernt. Bei allmäliger Lösung müssen natürlich stärkere Blutungen entstehen, weil zunächst nur die arterielle Blutbahn frei wird, der venöse Rückfluss aber anfangs noch gehemmt bleibt.

Auf den Stumpf wird jetzt die Eisdouche applicirt, d. h. er wird mit Carbolsäure aus einem Irrigator berieselt, in dessen Mitte ein Blechgefäss mit Eis und Salz eingesenkt ist. Jetzt erkennt man leicht die einzelnen, eventuell noch blutenden Gefässe und fasst sie sämmtlich mit Schieberpincetten; erst wenn alle gefasst sind, unterbinde man. Wollte man zwischenein die Zeit mit Unterbinden verlieren, würde der Kranke nur unnöthig Blut verlieren. Legt man jetzt die Wundnaht an, so kann man vor Nachblutungen sicher sein.

v. Langenbeck hält es für unzweifelhaft, dass die künstliche Blutleere den Kranken viel Blut erspare; sie hat aber noch einen Uebelstand, die capillaren Nachblutungen unter die vernähten Wundlappen. Könnte man diesen vorbeugen, so wäre man im Stande, alle Amputationswunden prima intentione zu heilen. Irrigation mit Eiswasser, Alaun- und Tanninlösung hat v. L. nicht ausreichend gefunden den Blutungen vorzubeugen, und so wurde die erste Vereinigung von Amputationswunden in einer Anzahl von Fällen durch capilläre Nachblutungen unter die Wundlappen vereitelt.

Busch (Bonn) hat derartige Nachblutungen durch Compression der Wunden

mittelst carbolisirter Schwämme stets verhindert. Wie gefährlich übrigens zu starke Constriction sei, sah B. in einem Falle, der tödtlich endete: Einem 17jährigen Menschen waren beide Beine überfahren worden; man hatte sofort sehr energische Constriction mit Gummischläuchen ausgeführt. Erst 15 Stunden nach der Verletzung, als Pat. in die Bonner Klinik kam, wurden die Schläuche gelöst. Sofort sank der bis dahin kräftige Puls bis zur Unfühlbarkeit, und Pat. starb 24 Stunden später im Collaps. Die Section ergab allgemeine Anämie und Hyperämie der abgeschnürten Beine.

Volkmann: Es sind in den letzten 2 Jahren in der Halle'schen Klinik 135 grosse Amputationen gemacht worden; in keinem Fall ist eine Nachblutung eingetreten. Die capillaren Nachblutungen werden durch comprimirende Verbände sicher beherrscht; auch zur Erreichung der ersten Verklebung der Wundlappen ist starke Compression nöthig. Schwammcompression, die früher in der Halle'schen Klinik angewandt wurde, ist als nicht ungefährlich aufgegeben worden (Schwierigkeit der absoluten Desinfection); es werden jetzt unmittelbar auf die Wunden grosse Bäusche taschentuchartig zusammengekrüllter antiseptischer Gaze gelegt. Durch richtige Disposition der Bäusche kann man auch zu starken Druck der Lappen gegen Knochenecken sicher vermeiden. Ein derartig angelegter erster Verband kann unter Umständen mehrere Tage liegen bleiben, zumal die früher so gewöhnlich in den ersten Tagen auftretende profuse Wundsecretion durch die Compression verhindert und das vorhandene Secret durch die Gazemassen sehr vollständig aufgesaugt wird. **A. Genzmer** (Halle a/S.).

Englisch. Ueber den Magnesia-Wasserglasverband.

(Pester med.- chir. Presse 1877. No. 45.)

Um beim Lister'schen Verbande einen Verband zu erhalten, der das Wundsecret nicht aufnimmt oder doch gestattet, dass solches leicht abzuwaschen ist, versuchte E. eine Mischung von Natron-Wasserglas und Magnesia alba. Ersteres muss von der Consistenz eines mässig dicken Syrup sein. Der Billigkeit halber empfiehlt E. die englische Magnesia alba, welche man jedoch vorher zerreiben muss. Löffelweise, unter stetem Umrühren setze man dieselbe dem Wasserglas zu, bis zur Consistenz eines mässig dicken Breies. Da die Mischung leicht erstarrt, kann man sich nur kleine Portionen bereiten. Nachdem man dann ohne Wattepolsterung die Extremität mit einer Leinenbinde umwickelt, legt man in die Mischung getauchte Binden um. Will man einen theilbaren Verband anlegen, so ist es gut, zwischen die einzelnen Schichten Verstärkungsschienen einzulegen. Auch zu dem von E. früher beschriebenen Klappverband (Wiener med. Presse 1874) benutzt er Magnesia-Wasserglas.

In letzter Zeit benutzte E. nur Verbände mit diesem Materiale, welche den Scultet'schen Binden nachgeahmt sind. **Leisrink** (Hamburg).

G. Rafinesque. Deux cas d'invagination intestinale.

(Gaz. méd. de Paris 1877. No. 48.)

Die beiden von R. mitgetheilten Fälle von Invagination bieten Interesse, der erste dadurch, dass der Verlauf ein chronischer war und das Bild jener Art von Intussusception bot, bei welcher das Lumen des invaginirten Darmabschnittes nicht vollständig obliterirt ist, also: heftige Koliken, Erbrechen, Durchfälle wechselnd mit Constipation, dazu ein Tumor im Unterleib und blutige Stühle. Im zweiten Falle verlief die Erkrankung unter den Symptomen der chronischen tuberculösen Peritonitis, und erst die Section nach 7 Monate langer Krankheitsdauer berichtigte die Diagnose, indem sich eine Invagination des Colon ascendens und eines entsprechend langen Stückes des Dünndarmes (invagination à trois cylindres) in das Colon transversum vorfand. Der centrale Canal war durchgängig, sein linksseitiges Ende, durch die Ileocöcalklappe gebildet, zeigte beginnende Gangrän. Keine Spur von Peritonitis. **Th. Kölliker** (Tübingen).

Th. Lewis. Filaria sanguinis hominis (mature form) found in a blood-clot in naevoid elephantiasis of the scrotum.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 453.)

Nach Cobbold fand Bancroft in Australien die geschlechtsreife Filar. hom. in dem lymphatischen Abscesse am Arme und nach der Punction einer Hydrocele des Samenstranges in der Troikarthülse; ausführlichere Beschreibungen fehlen. Vergeblich hat V. seit 5 Jahren Gewebstheile von Personen, in deren Blut die Filar. vorhanden, auf die Anwesenheit geschlechtsreifer Nematoden untersucht, bis es ihm vor Kurzem gelang, dieselbe beim Zerzupfen eines Blutcoagulums zu finden, das dem Gewebe einer entfernten gefässreichen Elephantiasis scroti entstammte, in deren Blut und Lymphe zahlreiche Embryonen gesehen wurden. Von beiden weissen, fadenartigen Objecten, enthielt das eine reichlich Eier mit Embryonen, ähnlich den im Blute vorhandenen; das andere war schmäler und seiner beiden Endstücke leider beraubt und maass $^1/_2$ ″; anscheinend war sein Körperbau von festerer Consistenz als der des weiblichen Thieres uud hatte eine grössere Neigung sich aufzurollen. Der Querdurchmesser betrug $^1/_{630}$ ″. Das weibliche Thier war nur am Schwanzende etwas lädirt, es maass $^1/_2$ ″ Länge. Das Thierchen ist von weisslicher Farbe und glatter Oberhaut mit einem Querdurchmesser von $^1/_{100}$ ″, das keulenförmige Kopfende misst $^1/_{500}$ ″ in Querd., zeigt keine lippenförmige Bildung und ermangelt einer Chitinbekleidung. Der Oesophagus, leicht quergestreift, ist $^1/_{55}$ ″ lang, geht unmerklich in das Darmrohr über, welches mit körnigen Massen erfüllt ist, $^1/_{666}$ ″ im Durchmesser hält und sich zur Seite der das Thier grösstentheils anfüllenden Uterin-Röhren hinschlängelt. Diese Geschlechtsröhren, von ausserordentlicher Feinheit haben eine Weite von $^1/_{222}$ ″ Durchm. und sind angefüllt mit Eiern der verschiedenen Entwickelungsstufen, deren Form sich der Nachbarschaft accommodirt und rund, ovoid, auch eckig erscheinen kann; eine eigene Kapsel fehlt allen, nur eine feine Cuticula dient als Umhüllungsmembran, die bei ausgebildeteren Embryonen so verdünnt und durchsichtig ist, dass sie nur mit Mühe wahrgenommen werden kann und anscheinend erhalten bleibt, so lange die Thiere im Blute leben; jüngere Eier messen $^1/_{1300}$ — $^1/_{2000}$ ″, ältere mit deutlichen Embryonen $^1/_{1790}$ — $^1/_{666}$ ″. In den im Blute lebenden Embryonen ist eine Differenzirung des Speise- und Geschlechtstractus nicht zu erkennen. Einige Holzschnitte illustriren die Angaben. **Pilz** (Stettin).

Regnard. Arthropathie chez une ataxique, luxation du genou droit.

(Soc. anat.; séance du 12 Jan. 1877. Progrès méd. 1877. No. 20.)

Die 39jähr. Pat. bemerkte 1867 die ersten Anfänge der Tabes dors. 1874 bedeutende Verschlimmerung, Pat. wurde bettlägerig. August 1875 schwoll das rechte Knie plötzlich an ohne wahrnehmbare Ursache; sonst kein Zeichen von Entzündung, keine Schmerzen. Die Anschwellung dauerte mehrere Monate, als Pat. bei einer etwas heftigen Bewegung eine Luxation des Kniegelenks erlitt, so zwar, dass die Fussspitze nach aussen stand und die Patella an der äussern Seite lag. Reposition durch die Patientin selbst ohne grosse Schwierigkeit und ohne grosse Schmerzen. Oeftere Wiederholung der Luxation, welche 14 Monate nach dem ersten Auftreten nicht mehr reponirt werden konnte und bei der Aufnahme seit 3 Monaten bestand. — Status: ausser dem rechten Knie kein anderes Gelenk befallen, keine Spontan - Fractur vorhanden. Die Tibia ist nach hinten luxirt: so rotirt, dass der äussere Condylus nach hinten steht. Die Patella ist der Tibia gefolgt und liegt nach aussen. Die Femur-Condylen stehen nach vorn hervor. Alle Theile sind gegen einander beweglich, können aber nicht in die normale Lage gebracht werden. — Tod am 11. Jan. 1877 an Broncho-Pneumonie. — Untersuchung noch nicht vorgenommen. **Petersen** (Kiel).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10. **Sonnabend, den 9. März.** **1878.**

Aus der chirurgischen Klinik zu Würzburg.

Von

Dr. **Riedinger**,

Privatdocent.

Herniotomie, doppelte Perforation des Darmes, Catgutnaht, Heilung[1]).

Am 11. October v. J. wurde der 35 Jahre alte Metzger G. H. aus S. in Unterfranken in die chirurgische Klinik aufgenommen. Derselbe litt an einer rechtsseitigen, eingeklemmten, completen Inguinalhernie und bot folgenden Status praesens.

Die rechte Scrotalhälfte ist stark vergrössert, die Haut prall ge-

[1]) Vorgestellt am 3. Nov. 1877 in der physikal. med. Gesellschaft.

spannt, besonders an den untern Partien ödematös und sieht an manchen Stellen dunkelroth und schwarz-blau aus. Die ganze Gegend ist bei Druck äusserst schmerzhaft und der Unterleib stark aufgetrieben. Versucht man die Geschwulst zu verkleinern, so entweicht ein Theil des Inhaltes ohne besondern Druck unter einem gurrenden Geräusch nach oben und wölbt sich in der Gegend des Poupartschen Bandes vor. Lässt man mit der Compression nach, so geht der Inhalt sofort wieder in's Scrotum zurück. Wiederholte Versuche in der Chloroformnarkose liefern dasselbe Resultat. Der Kranke selbst ist aufgeregt, hat einen raschen Puls, ein geröthetes Gesicht und Schweisse.

Die anamnestisch hierher gehörigen Punkte sind kurz folgende:

Die Hernie besteht seit etwa $2^1/_2$ Jahren, klemmte sich verschiedene Male in der Zwischenzeit ein, wurde aber jedesmal theils von Aerzten, theils vom Patienten selbst zurückgebracht. Eine Zeit lang trug der Kranke ein Bruchband. Zwei Tage vor der Aufnahme in's Spital trat der Bruch wieder hervor, wurde jedoch von dem herbeigerufenen Arzte glücklich reponirt. Kurz nachher stand der Kranke auf, lief herum, ohne aber ein Bruchband anzulegen. Die Folge davon war eine neue Incarceration, die jetzt nicht mehr gehoben werden konnte und seine Aufnahme in's Spital nöthig machte. In der Zwischenzeit war heftiges Erbrechen aufgetreten; der Stuhlgang hatte seit 2 Tagen cessirt. Um die Reposition zu ereichtern, hatte der Kranke heisse Tücher auf den Unterleib und auf das Scrotum aufgelegt.

Wegen des Infiltrates am Scrotum machte ich keinerlei längerdauernde forcirte Repositionsversuche, sondern führte wenige Stunden nach dem Eintritte des Kranken in's Spital die Herniotomie aus.

Die Schichtung war sehr deutlich. Nach Eröffnung des Bruchsackes entleerte sich eine ungewöhnlich grosse Menge übelriechender, trüber, blutiger Flüssigkeit. Die Bruchpforte war ausserordentlich eng und musste zweimal debridirt werden. Der vorliegende Darm (Dünndarm) hatte ein schlechtes Aussehen, er war stark injicirt, dunkelbraun und an manchen Stellen schwarz. Als ich denselben reponiren wollte, merkte ich, dass noch immer Etwas von der oben beschriebenen Flüssigkeit abfloss und bei näherer Besichtigung des Darms fanden sich zwei grössere Perforationen an der hinteren Fläche der Darmschlinge, deren Inhalt sich bereits in den Bruchsack ergossen hatte. Ich stand natürlich sofort von der Reposition ab, liess die Darmschlinge, deren Inhalt so weit als möglich durch die beiden Oeffnungen entleert worden war, mit warmen Carbolschwämmen bedecken und vernähte beide Perforationen nach Abtragung der gangränösen Ränder mit Catgut, und zwar legte ich die Nähte in der Längsaxe des Darmes hart neben einander an, um einen vollständigen Verschluss zu erzielen. Die eine Wunde erforderte 10, die andere 8 Suturen. Ich wendete die einfache Knopfnaht an und sorgte beim Anlegen derselben besonders dafür, dass die beiden serösen Wundränder in einen innigen Contact kamen, ohne dieselben jedoch umzuschlagen (Lembert-Jobert). Ich durchstach die ganze Dicke der Darmwandung, so dass das innere Segment der Naht in das Darmlumen sah.

Obwohl der Darm, der in grosser Ausdehnung vorlag, noch verschiedene verdächtige schwarze Stellen zeigte, brachte ich ihn doch in die Peritonealhöhle zurück, verschloss, nachdem alles mit Carbolsäure gut gereinigt war, die Wunde, legte ein Drainrohr ein und verband nach Lister, nur mit dem Unterschied, dass ich die ganze Partie noch gut mit Jute auspolsterte und auch den Unterleib damit bedeckte. Dann wurden die unteren Extremitäten des Kranken mit stark gegen den Unterleib angezogenen Oberschenkeln auf ein dreieckiges Kissen gebracht. Spray war während der Operation und während des Verbandwechsels nicht angewendet worden.

Im Verlaufe des Nachmittags erfolgte wiederholtes Erbrechen. Abend-Temperatur 37,1.

12. Oct. Häufiges Erbrechen besonders nach jedem Genuss von Speisen. Temperatur 37,7 Morgens, 38,2 Abends. In der folgenden Nacht dreimaliger, geringer dünnflüssiger Stuhlgang.

13. Oct. Befinden gut, Patient verträgt Bouillon, Temperatur 38,0 Morgens und 37,8 Abends.

14. Oct. Das Scrotum ist bedeutend abgeschwollen, die Wundränder sind ohne jegliche entzündliche Schwellung und Röthung und die schwarzblauen Flecken sehen besser aus. Aus der Drainage entleert sich bei Druck eine geringe Menge fast unveränderten Blutes. Entfernung von 3 Nähten. Unterleib aufgetrieben, aber schmerzlos. Abgang vieler Gase. Allgemeinbefinden gut, mässiger Appetit. Das lästige Aufstossen hat gänzlich nachgelassen. Temperatur 37,5 Morgens, 37,7 Abends.

Am 13. 14. und 15. October. Abends erhielt Patient subcutan Morphium.

16. Oct. Entfernung aller Nähte und der Drainage, aus der nie Eiter zum Vorschein kam. Die Wundränder sind vollkommen per prim. intent. vereinigt. Appetit gut, reichliche und leichte Defäcation. Temperatur 37,7 Morgens und 37,9 Abends.

Das Wohlbefinden des Patienten schreitet immer vorwärts und am 24. Oct. ist auch die Wunde, welche der Drainage entsprach, geschlossen, so dass der Verband entfernt wird. Nichts destoweniger liess ich den Kranken noch einige Zeit liegen und nur leichtverdauliche Nahrung geniessen, da ich den Darm so gut als möglich schonen wollte.

Am 7. Nov. 1877 wurde der Kranke mit einem Bruchband geheilt entlassen und befindet sich bis jetzt vollkommen wohl.

Obschon ich weiss, dass viele Darmwunden, besonders Stich- oder Schnittwunden von kleinerer Ausdehnung, durch die Naht vereinigt, geheilt sind, so wollte ich diesen Fall doch veröffentlichen, da er manche interessante Punkte bietet.

Zunächst ist der Verlauf ein ungemein rascher gewesen, obwohl die Verhältnisse nichts weniger als günstig lagen; denn der stark mitgenommene, eingeklemmte Darm mit den inselförmig weissfarbigen Stellen bot wenig Aussicht auf eine gute und sichere Vereinigung der Wundränder und flösste mir wenig Vertrauen ein. Obgleich es eine bekannte Thatsache ist, dass selbst ganz schlecht aussehender Darm bei schon länger bestehender Incarceration sich oft rasch erholen kann, wenn keine anderweitigen störenden Complicationen vorhanden sind, so ist es aber ebenso richtig, was König in seinem Lehrbuch II, 173 anführt, »dass bei umschriebener Gangrän mit zweifelhaftem Aussehen der Umgebung die einfache Darmnaht mit oder ohne Excision immer eine bedenkliche Operation sei, da man über die spätere Ausdehnung des Brandes nicht sicher ist.« Dann trat niemals Fieber ein, die höchste Temperatur stieg am zweiten Abend nach der Operation auf 38,2.

Was die Naht anlangt, so hat sich Catgut auch hier als ein vortreffliches Material erwiesen, das eine exacte Vereinigung der Wundränder bewirkt und keinen Reiz erzeugt. Man kann die Suturen kurz abschneiden, hat nicht nöthig ein Ende durch die äussere Wunde durchzuleiten, sondern darf die Schlinge getrost der Resorption überlassen, da es auch gleichgültig ist, ob der Knoten in das Darmlumen oder in die Peritonealhöhle fällt.

Die einfache Knopfnaht dicht angelegt genügt, einen guten Verschluss zu erzielen, besonders, wenn die serösen Partien der Wundränder sich berühren, und das kann man leicht bewirken, wenn man mit der Scheere die vorgetriebene Schleimhaut an den Wundrändern schräg abträgt.

Jedenfalls wird die antiseptische Wundbehandlung, speciell die Anwendung von Catgut auf dem Gebiete der Darmsuturen, dieselbe Bedeutung erlangen, wie sie dieses Material bereits als Ligaturmittel gewonnen hat, und in manchen Fällen wird man sich zur Naht und Reposition entschliessen dürfen, wo man früher eine Kothfistel angelegt hätte.

Neurectomie des II. Astes des Nerv. trigeminus nach osteoplastischer Resection des Jochbeins.

Von

Dr. H. Braun,

Privatdocent und Assistenzarzt der chirurgischen Klinik in Heidelberg.

Durch die im Centralbl. für Chir. No. 5 publicirte Abhandlung von Lossen über Neurectomie des II. Trigeminusastes nach osteoplastischer Resection des Jochbeins veranlässt, möchte ich mir erlauben, den dort erwähnten Fall einer von mir früher ausgeführten gleichen Operation genauer mitzutheilen, nebst den im Anschlusse daran am Cadaver ausgeführten Versuchen zur Modification des Lücke-schen Verfahrens.

Johannes Schopf, 55 Jahre alt, aus Hockenheim, kam im Herbst 1876 mit einer äusserst heftigen Neuralgie des ganzen zweiten Trigeminusastes in unsere Klinik. Seine Schmerzanfälle hatten im Mai 1867 plötzlich begonnen, der ganz bestimmten Aussage des Patienten nach zum ersten Male an einem Morgen, als er erhitzt aus dem Bette gesprungen war und mit sehr kaltem Wasser sich das Gesicht gewaschen hatte. Zu Beginn des Leidens traten die Schmerzen nur etwa 4 bis 5 Mal täglich in dem Verbreitungsgebiete des N. infraorbitalis auf, steigerten sich im Laufe der Zeit jedoch zu einem solchen Grade, dass schliesslich die Anfälle fast den ganzen Tag continuirlich anhielten, indem sie durch die geringste Berührung der rechten Gesichtshälfte, durch die minimalsten Bewegungen des Mundes beim Sprechen und Kauen ausgelöst wurden. Zuletzt hatten sie ihre Verbreitung auch nicht nur in dem vorhin bezeichneten Gebiete, sondern strahlten auf die rechte Schläfengegend und auf sämmtliche Zähne des rechten Oberkiefers aus; selbst in dem rechten Auge und in der Zunge stellten sich dabei häufig eigenthümliche, schmerzhafte Sensationen ein. Da alle möglichen Medicamente schon vergeblich angewendet worden waren, ging Patient gern auf die Operation ein, welche in der Excision des jedenfalls vorwiegend afficirten II. Trigeminusastes bestehen sollte; sie wurde am 4. August 1876 von mir ausgeführt.

Nach der Angabe von Lücke wudren die Hautschnitte geführt, die Knochen durchsägt, der M. masseter vom Jochbogen abgelöst und dieser selbst mit der Fascia temporalis nach oben geschlagen. Leider war dabei der vordere Sägeschnitt nicht schief genug gegen das Gesicht geführt worden, so dass eine etwa 4 mm breite Knochenplatte über die hintere Fläche des Oberkiefers vorsprang, die genügte, den Einblick in die Tiefe so bedeutend zu erschweren, dass sie nachträglich von innen nach aussen durchsägt und mit Weichtheilen bedeckt noch in die Höhe

geschlagen werden musste; von ihrer völligen Entfernung wurde abgesehen, um einer späteren, allzutiefen Einziehung der Hautnarbe vorzubeugen. Ohne besondere Mühe gelang es nun, bis auf den Nerven vorzudringen, ihn ohne Gefässverletzung zu isoliren und ein 9 bis 10 mm langes Stück zu excidiren. Die Wunde wurde mit Knopfnähten geschlossen und nachdem in den Winkel, welchen die beiden Schnitte mit einander bildeten, ein Drainrohr eingelegt war, mit einem comprimirenden Watteverband bedeckt.

Nach der Operation war die Haut im Gebiete des N. infraorbitalis und des N. subcutaneus malae vollkommen anästhetisch; ein Schmerzanfall stellte sich nicht wieder ein. Die Heilung der Hautwunde kam ohne Temperatursteigerung fast vollständig per primam int. zu Stande; bei der Entlassung des Kranken am 19. Aug. eiterte es noch ein wenig an der Stelle, an welcher das Drainrohr gelegen hatte. Im December 1876 stellte sich Patient wieder vor; Schmerzanfälle waren keine mehr aufgetreten, nur das Oeffnen des Mundes war schwierig und kamen immer noch geringe Eitermengen unten aus der Wunde. Ein kleines Knochenstückchen wurde damals mit der Pincette entfernt, ein zweites etwa 4 Wochen später, worauf rasch der vollständige Verschluss der Fistel erfolgte. Die beiden kleinen nekrotischen Knochenpartikel waren ihrer Lage nach corticale Sequester von dem bei der Operation nachträglich abgesägten Jochbeine.

Vor wenigen Tagen, also 1½ Jahr nach Ausführung der Neurectomie, stellte sich Schopf bei mir vor; er hatte bis jetzt nie wieder einen Schmerzanfall gehabt, die Sensibilität der rechten Wangen-, Nasen- und Schläfengegend hatte sich vollständig wieder hergestellt, nur war an diesen Stellen die Empfindung etwas weniger deutlich, wie auf der anderen Seite. Die Narbe in der Haut war wenig sichtbar, nur an dem Vereinigungspunkte beider Schnitte ein wenig eingezogen; die Beweglichkeit des Unterkiefers war jetzt eine vollständig normale, die Zahnreihen konnten ohne ein Gefühl von Spannung etwas mehr als 4 cm von einander entfernt werden.

In diesem Falle war nach der Operation, wie bei den anderen nach der Lücke'schen Methode operirten Patienten, eine Behinderung beim Oeffnen des Mundes vorhanden, die sich aber im Laufe der Zeit völlig verloren hat, wohl in Folge der Dehnung des vorhandenen Narbengewebes. Durch die anfänglich gemachte Beobachtung veranlasst, hatte ich bald nach dieser oben mitgetheilten Operation Versuche an Leichen über andere Schnittführungen angestellt, welche hauptsächlich die Erhaltung der Insertion des M. masseter am Jochbogen bezwecken sollten, und war zu gleichen Resultaten gekommen, wie sie kürzlich von Lossen mitgetheilt wurden (Winkelschnitt, dessen vorderer Schenkel wie bei dem Lücke'schen Verfahren, dessen anderer rechtwinklig dazu am oberen Rande des Jochbeins verläuft). Da hierbei wohl alles darauf ankommt, das Hinabsinken des ausgesägten Knochenstückes während der Heilung zu verhindern, so scheint es mir vortheilhafter, den Jochbogen hinten nicht vollständig zu durchsägen oder zu durchmeisseln, sondern nur einzuknicken. Man hat dann ausserdem auch nicht nöthig, den oberen Schnitt nach hinten bis über den Arcus zygomaticus fortzusetzen, sondern ohne deshalb geringeren Einblick in das Spatium sphenomaxillare zu bekommen, kann man die am hinteren Theile des eingeknickten Jochbogens sich inserirenden Fasern der Fascia temporalis

schonen, die dann besser, als eine Naht dies zu thun im Stande ist, die Reposition des Knochens erhalten werden.

Abgesehen von dieser Schnittführung würde sich wohl in den meisten Fällen, in welchen die Lücke'sche Operation indicirt ist, empfehlen, ausser dem Stamme des II. Trigeminusastes noch den N. infraorbitalis mit zu entfernen, da einerseits dieser Nerv fast immer der Ausgangs- und Mittelpunkt der Schmerzanfälle ist, andererseits das Wiederauftreten eines Recidives der Neuralgie durch die Ausschneidung eines längeren Nervenstückes weiter hinausgeschoben werden könnte. Diese Excision würde man am besten auf die Weise ausführen, dass man von dem zur Entfernung des II. Astes geführten vorderen Hautschnitte aus, sich dicht am Knochen haltend, bis zu dem etwa $1^1/_2$ cm weit nach vorn davon gelegenen Foramen infraorbitale vordringt und den N. infraorbitalis entweder subcutan durchschneidet, oder blosslegt und einige Millimeter nach aussen von dieser Oeffnung durchtrennt. Danach wird es möglich sein, den Nerven mit einer gut fassenden Pincette oder Zange aus seinem Canale heraus in die Fossa spheno-palatina hinein zu ziehen, oder, wenn dabei der Nerv abreissen sollte, ihn bei seinem Austritt aus dem Foramen infraorbitale zu fassen und nach vorn heraus zu drehen, wie es bei der v. Langenbeck'schen Methode der Neurectomie geschieht. Durch diese Modification des Verfahrens würde man ausser einem 8—10 mm langen Stück aus dem Stamme des II. Trigeminusastes noch den etwa 3 cm langen N. infraorbitalis mit entfernen können, ohne einen neuen Hautschnitt zu machen und ohne die Gefahr der Verwundung dadurch wesentlich zu erhöhen; unter Anwendung eines etwas comprimirenden Lister'schen Verbandes würde die kleine Unterminirung der Haut nach dem Foramen infraorbitale hin, wobei keine wichtigen Gefässe oder Nerven verletzt werden, absolut nichts zu sagen haben. Ob man den Nerven besser nach vorn, oder nach hinten aus seinem Canale herauszieht, liess sich bei meinen Versuchen an der Leiche, bei welchen die Consistenz der Nervenfasern oft schon gelitten hatte, nicht mit Bestimmtheit entscheiden; nur Versuche am Lebenden werden dies zu thun im Stande sein.

Heidelberg, den 15. Februar 1878.

F. H. Hamilton. Knochenbrüche und Verrenkungen. Unter Mitwirkung des Verfassers in's Deutsche übertragen von Dr. A. Rose (New-York). Mit 343 in den Text gedruckten Holzschnitten.

Göttingen, **Vandenhoeck & Ruprecht**, 1877. 8. 823 S.

Da die deutsche chirurgische Literatur ausser der vor 27 Jahren erschienenen Uebersetzung des Buches von Malgaigne kein vollständiges, ausführlicheres Werk über Knochenbrüche und Verrenkungen besitzt, so dürfte das vorliegende Buch einem mehr oder

weniger vorhandenen Bedürfnisse entsprechen. Leider ist ja auch das vortreffliche nur die Knochenbrüche behandelnde Werk von Gurlt unvollständig geblieben. Wir empfehlen das vorliegende Buch nach genauerer Durchsicht auf das Wärmste. Nicht selten macht man in grösseren Krankenhäusern die Erfahrung, dass Fracturen und Luxationen hier und da von Aerzten gar nicht richtig erkannt oder wenigstens unzweckmässig behandelt worden sind. Es ist deshalb wünschenswerth, dass der praktische Arzt, besonders der Autodidact in chirurgicis, einen zuverlässigen Führer auf dem Gebiete der Fracturen und Luxationen in Form eines Specialwerkes besitze, welches den Bedürfnissen der Praxis in so hervorragendem Maasse Rechnung trägt, wie das Buch von Hamilton.

Das Buch ist ein amerikanisches, d. h. es macht den deutschen Leser in erster Linie mit den Leistungen und Fortschritten der Amerikaner auf dem Gebiete der Knochenbrüche und Verrenkungen bekannt. Die deutsche Literatur ist wenig oder gar nicht benutzt. Die Behandlung der Knochenbrüche und Verrenkungen ist der Schwerpunkt des Buches und nach dieser Seite ist es so recht ein Wegweiser für den praktischen Arzt. Dem entsprechend finden sich besonders zahlreiche Abbildungen über Verbände vor, ein Umstand, welcher das Werk auch als Leitfaden für Verbandcurse geeignet macht.

Zahlreiche casuistische Mittheilungen aus der Praxis erhöhen die Anschaulichkeit des Gesagten. Theoretische Raisonnements fehlen, besonders z. B. auch in dem Capitel über Schussfracturen.

Einen grossen Mangel freilich hat das Werk von Hamilton für den Antiseptiker: die Lister'sche Wundbehandlungsmethode, durch welche die Behandlung z. B. complicirter Fracturen so wesentlich reformirt wurde, hat in dem Werke von Hamilton keine entsprechende Würdigung gefunden. Die von H. vorgetragenen Principien, Behandlungsmethoden der complicirten Fracturen sind noch diejenigen vor der antiseptischen Zeit. Doch da die Ausübung der antiseptischen Wundbehandlungsmethode in der privaten Praxis oft auf Schwierigkeiten stösst, so wird dieser Mangel dem praktischen Arzte nicht so fühlbar.

Aber von diesem Mangel abgesehen, hat das Buch auch für den Antiseptiker so viele andere Vorzüge, dass wir hoffen, dass dasselbe auch in Deutschland bei Specialisten und Nicht-Specialisten eine günstige Aufnahme finden wird, wenn auch vielleicht nicht in dem Maasse, wie in Amerika, wo das Werk innerhalb 16 Jahren 5 Auflagen erlebte.

Die Ausstattung des Buches von Seiten der Verlagshandlung ist in jeder Beziehung befriedigend. Der Preis ist mit Rücksicht auf die zahlreichen Abbildungen verhältnissmässig gering, er beträgt 20 Mark.

H. Tillmanns (Leipzig).

A. v. Winiwarter. Neue Beobachtungen und Erfahrungen über die Arsenikmedication bei Lymphdrüsengeschwülsten.

(Wiener med. Jahrb. 1877. Hft. 2.)

Im Anschluss an seine frühere Arbeit über dieses Thema (Arch. f. klin. Chir. Bd. XVIII) giebt der Verf. zunächst eine kurze Schilderung des Wesens und des klinischen Verlaufs des malignen Lymphoms. Charakteristisch für die Geschwulstform ist, dass die Neubildung durch reine Hyperplasie von zusammenliegenden Drüsenpacketen zu Stande kommt, wobei jede Drüse für sich wächst, die Neubildung auf die Drüse beschränkt bleibt und über dieselbe nicht hinaus greift. Charakteristisch ist ferner, dass die Geschwülste sich durchaus persistent zeigen, keine retrograde Veränderung des Zerfalls, der Vereiterung und Verkäsung erkennen lassen, wenn sie sich selbst überlassen bleiben. Beide angeführten Momente bedingen eine Trennung der in Rede stehenden Neubildung sowohl von der primären Sarkomentwickelung in Lymphdrüsen, wie von den leukämischen Lymphdrüsengeschwülsten.

In ätiologischer Beziehung ist erwähnenswerth, dass in einer Reihe von Fällen die Patienten an heftiger Intermittens mit bedeutendem Milztumor gelitten hatten, der der Chinintherapie meist hartnäckigen Wiederstand leistete. Ein weiterer Fall stützt das interessante Factum, dass eine acute Lymphdrüsenanschwellung, die auf einen wahrnehmbaren äussern Reiz folgt, zuweilen direct in die maligne Form der Hyperplasie übergehen kann.

In Bezug auf die Diagnose ist die auffallend weiche, beinahe Fluctuation vortäuschende Consistenz der Geschwülste neben ihrer grossen Beweglichkeit und der geringen Neigung zur Abscessbildung hervorzuheben. Einen eigenthümlichen Befund ergab in allen Fällen von malignen Lymphomen die Untersuchung des Blutes, da die weissen Blutkörperchen meist auffallend vermindert waren, und die rothen eigenthümlich blass, wie ausgelaugt von Blutfarbstoff sich zeigten, ohne dabei die geldrollenförmige Aneinanderlagerung einzugehen.

Was nun die Therapie anlangt, so ist W. nach seinen Beobachtungen zum Satze gelangt, dass die Arsenikwirkung in der Mehrzahl der Fälle beim malignen Lymphom sich geltend macht, und dass beim Ausbleiben der Wirkung meist nur die unvollständig durchgeführte Cur anzuschuldigen sei. Aus dem Umstand, dass wahre Sarkome und Struma parenchymatosa dem Arsenikgebrauch gegenüber sich indifferent erweisen, erklärt der Verf. den Mangel an Uebereinstimmung mit den Resultaten anderer Beobachter: muthmasslich habe in deren Fällen ein Fehler in der Diagnose vorgelegen. Bei richtig gestellter Diagnose hat die Arseniktherapie den Erfolg, eine rasche Verkleinerung sämmtlicher vergrösserter Drüsenpackete, sowohl der oberflächlichen als der tief in den Körperhöhlen gelegenen herbeizuführen. Eine absolute Heilung ohne Recidiv ist

allerdings noch nicht beobachtet worden; die längste Zeit, welche bis zum Auftreten des Recidivs verfloss, betrug dabei ungefähr ein Jahr, von dem Momente des Aussetzens des Medicamentes an gerechnet. Wenn die Drüsen von Neuem anschwellen, so wirkt die Cur auch auf die recidivirten Geschwülste in derselben Weise wie auf die primären.

Die vollkommenste Wirkung erzielte Verf. in den Fällen, in denen Arsenik innerlich genommen und zugleich vermittelst parenchymatöser Injectionen in die Drüsen gebracht wurde. Zu ersterem Zweck wurde die Solutio Fowleri mit einem Eisenpräparat (Tinct. ferr. pomat. oder ferr. oxyd. dialysat.) zu gleichen Theilen gegeben, von dieser Mischung im Beginn 2 Mal täglich 5 Tropfen verordnet, und diese Dosis jeden zweiten Tag um einen Tropfen so lange gesteigert, bis die ersten Vergiftungserscheinungen sich einstellten. Dieselben traten meist nach einer Dosis von 25—30 Tropfen der reinen Solution pro die ein. Alsdann wurde ebenso langsam wieder zurückgegangen. Plötzlich mit dem Arsenik abzubrechen, widerrieth sich schon deshalb, weil dann höchst unangenehme Collapserscheinungen wahrgenommen wurden. Die Injectionen wurden mit reiner Sol. Fowleri meist in der Quantität eines Theilstrichs der Pravaz'schen Spritze in das Parenchym der Drüse nach sorgfältiger Fixirung derselben vorgenommen, und unter Umständen ein- oder zweimal wiederholt.

Eine Reihe der im Verlauf der Arsenikbehandlung sich einstellenden Begleiterscheinungen, die localen Schmerzen, die allgemeine Nervosität, können füglich übergangen werden, eine auffallende Erscheinung bei dieser Behandlung verdient dagegen noch besondere Besprechung, das Fieber. Dasselbe war in einer Reihe von Fällen in directem Zusammenhang mit der parenchymatösen Injection, so sehr, dass bei bestimmter Stunde der Injection das Fieber vollkommen analog einer Intermittens quotidiana mit fieberfreien Intervallen einherging. Die Intensität des Anfalls stand dabei im Verhältniss zur Menge der in das Drüsenparenchym eingebrachten Flüssigkeit; er verminderte sich, wenn das Quantum der injicirten Flüssigkeit verringert wurde; er blieb ganz aus, wenn die Solution nicht in das Parenchym der Drüse, sondern in das periadenitische Gewebe injicirt wurde. Da sich die Geschwülste während jedes solchen Anfalls sichtlich verkleinerten, und zwar im Zeitraume weniger Stunden, so liegt es nahe, das Arsenfieber als ein Resorptionsfieber aufzufassen. Es scheint dabei eine Wechselwirkung in der Art zu bestehen, dass die Producte des durch die Injection hervorgerufenen Drüsenzerfalls resorbirt werden und Fieber erregen, welches seinerseits dann eine neue Steigerung des Einweissumsatzes und neue Resorption hervorruft.

Zum Schluss führt W. noch einen Fall von lienaler Leukämie an, bei der die Arsenikmedication schon ebenfalls eine wesentliche Besserung hervorrief, als der Pat. einer doppelseitigen Pleuro-

pneumonie erlag. Da die intercurrente Erkrankung ausser allem Zusammenhang mit der gegen das Allgemeinleiden unternommenen Medication stand, so scheint auch dieser Fall trotz des lethalen Ausgangs für die Arsenikbehandlung zu sprechen. **Hack** (Freiburg).

W. Mac Ewen. Case of multiple aneurisms.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 236.)

Der 56jährige Mann hatte ein grosses Aneurysma der rechten Femoralis von rundlicher Form, im Durchmesser 5″ messend, das über dem Lig. Poup. auf die Iliaca ext. überging; die Haut darüber war beträchtlich verdünnt. An der linken Femoralis bestand ein wallnussgrosses Aneurysma, 2″ unter dem Poupart'schen Bande gelegen. Ausserdem bestanden noch Veränderungen an der Aorta, die ebenfalls auf ein Aneurysma derselben schliessen liessen. Vorbereitende Cur, dann Compression mit Lister's Abdominal-Compressorium durch 24 Stunden ohne besondern Effect. Compression über und unter dem Aneurysma 4 Stunden lang durch 14 Tage. Gelegentlich erschien der Sack pulslos, aber mit Aufhören der Compression trat von neuem Pulsation im Aneurysma ein. Nach 14tägiger Pause wurde Compression der Iliaca com. exact bis zum Erlöschen des Pulses im Aneurysma ausgeübt, dann eine feine stählerne Nadel in das Aneurysma bis zur Berührung der hinteren Wand eingesenkt und hier 10 Minuten belassen, dann nach oben geführt, nach einiger Zeit nach unten und endlich seitlich. Eine Stunde nach der Einführung wurde sie entfernt, und die Compression der Iliaca 15 Minuten später allmälig aufgehoben. Alsbald erschienen objectiv die Wandungen des Aneurysma fester, 12 Stunden später war die Veränderung auffallend, die Coagulation nahm centripetal zu, und 96 Stunden nach Beginn der Compression war die Pulsation vollkommen im fest gewordenen Sacke erloschen. 10 Tage später fing Pat. an umherzugehen, die Schwellung und Verfärbung des Beines waren nicht so stark, als sie gewöhnlich nach der Ligatur zu sein pflegen, Pat. nahm nach 4 Wochen seine Arbeit wieder auf. 13 Monate später starb er an Erschöpfung durch unoperirbaren Zungenkrebs.

Section: Es bestand ein grosses Aneurysma der Aort. desc. und allgemeine Atherose. In der linken Leiste lag ein hühnereigrosser, fester aneurysmatischer Sack, der entfärbte, in Schichten angeordnete feste Gerinnsel enthielt; die Wand des Sackes war rauh, mit den Gerinnungen fest zusammenhängend. Im oberen und unteren Theile des Aneurysma verlief ein Canal, ausgekleidet mit einer glatten durchscheinenden Gewebsschicht; die verdickten Wände der Ven. fem. waren hinten dem Sacke angeheftet. In der rechten Leiste fand sich der Rest eines früheren Aneurysmas in Gestalt einer 2″ langen und $^3/_4$″ dicken festen fibrösen Gewebsmasse, in der kleine Kalktheile

und gelbliche atheromatöse Plaques eingebettet waren. Die Femoralis war vom Aneurysma abwärts auf 3″ Länge mit graurothem Thrombus erfüllt, weiter abwärts theilweis offen; doch lag der Intima eine abstreifbare Lage von rauhem, blassem, porzellanfarbenem Gewebe auf. In der Poplitea füllte die zuerst erwähnte Gewebsmasse bis auf einen engen Canal das Lumen aus. Zweifellos hat die Veränderung im rechten Aneurysma an jenem Tage begonnen, als die Nadel eingesenkt wurde. Dabei ist es eine offene Frage, ob der Fremdkörper die Coagulation direct in den peripherischen Theilen des Aneurysma bewirkt hatte oder erst in Folge eines durch ihn angeregten Entzündungsvorganges in den Häuten der Arterie, oder ob gar die Einführung der Nadel nur coincidirend mit den Veränderungen im Aneurysma gewesen ist. Die Veränderungen im linken Aneurysma waren jüngeren Datums und hervorgerufen durch die lange Ruhelage, die eingetretene Erschöpfung und die mangelhafte Ernährung des Kranken. **Pils** (Stettin).

Michel. Six cas d'exstirpation de grenouillette aiguë et chronique, avec pièce anatomo-pathologique etc. etc.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 16.)

M. beschreibt kurz 6 Fälle von Cystengeschwülsten unter der Zunge (Ranula), um auf Grund derselben die Entstehungsweise und beste Behandlungsart derselben zu erörtern. Den einen dieser Fälle theilt M. ausführlicher mit: 18jähr. Mädchen; gänseeigrosser Tumor unter der Zunge. Die Mündungen der Ausführungsgänge des Duct. Wharton. und Rivin. sind für die Sonde frei passirbar. Die Cyste hatte somit ihren Sitz nicht in den Speichelgängen. — Exstirpation: Incision der Schleimhaut; die Wharton. Canäle bleiben vor, die Vv. raninae hinter der Incision liegen; die Cyste wird sorgfältig freigelegt, sodann theils mit dem Messer, theils stumpf von der unteren Fläche der Zunge abgelöst. Die Loslösung der Cyste bot, bis auf einen conischen Anhang derselben, der bis an das Zungenbein reichte, keinerlei Schwierigkeiten.

In den nächsten Tagen erschwertes Schlingen, dann rasche Heilung.

In einem 2. derartigen Falle, wo die Cystenwand aber sehr dünn war, spaltete M. zugleich Schleimhaut- und Cystenwand, und präparirte, nach Entleerung des Inhaltes, den Sack leicht heraus. Am 10. Tage verliess Pat. complet geheilt das Spital.

Ebenso verliessen die 4 anderen Fälle, ganz ähnlich dem 2., alsbald geheilt die Anstalt. M. knüpft hieran noch die Beschreibung eines hierher gehörenden Falles aus früherer Zeit. Die Cyste lag derart, dass die Glandula submaxill. vorne, die Zunge nach hinten, und der Musc. genio-glossus nach einwärts vom Tumor sich befanden. Die Wharton'schen Canäle ohne Zusammenhang mit der Cyste. Die Wände der letzteren sind dick, fibrös, der Inhalt derselben be-

steht aus Concretionen, die sich unter dem Mikroskop als Pflasterepithelzellen und Cholesterinkrystalle darstellen; es war also eine Dermoidcyste, deren Ausschälung sicherlich leicht gewesen wäre.

Bezüglich des ursprünglichen Sitzes der Geschwülste, meint M., müsse man zugeben, dass derselbe sehr verschiedenartig, die Provenienz dieser Cysten daher eine mannigfaltige sei; der Inhalt derselben zeige dies auch an, da er bald speichelähnlich, bald schleimig sei, bald durch Epithelzellen mit Cholestearin repräsentirt werde.

Als therapeutisch empfiehlt M. die Exstirpation, da keiner der obigen Fälle, selbst nach Jahren, recidivirte. M. führt aus der Literatur einen Fall von Ranula an, den Boisset (1766) operirte. Der Tumor füllte den Mund der 25jährigen Patientin nahezu ganz aus und ragte überdies nach aussen vor; die Schneide-, Eck- und ersten Backzähne waren aus den Alveolen verdrängt, der linke obere Eckzahn hatte die Lippencommissur durchbohrt u. s. w.

Pat. konnte sich nur mit Flüssigkeiten mühsam ernähren. Boisset exstirpirte den Tumor, und Pat. war 3 Monate später complet geheilt.

Auch im Vergleiche zu den gegenwärtig noch üblichen Methoden der Ranula-Behandlung — der Jodinjection, Vernähung der Cystenwand mit der Schleimhaut und der Excision mit folgender Cauterisation — verdiene die Exstirpation den Vorzug, da die anderen von dem Vorwurfe der Recidive nicht frei seien. M. bemerkt schliesslich, dass Cysten von sehr bedeutender Ausdehnung auch durch einen Einschnitt am unteren Rande des Unterkiefers entfernt werden könnten.

Er meint, die Exstirpation soll als allgemein giltige Methode angesehen werden; von der Dicke der Cystenwand hänge es ab, ob man erst nur die Schleimhaut incidiren soll (dickwandige Cyste), oder ob man zugleich mit der Incision derselben auch die Cyste eröffnen und entleeren soll. **Fr. Steiner** (Wien).

M. Beck. Head injuries. University college hospital.

(Med. times and gaz. 1877. Aug. 25.)

1. Fall. 28jähriger Kutscher stürzt vom Wagen herab, steigt aber wieder auf; kurz darauf Schwindel, Schwinden des Bewusstseins. Bei der Aufnahme in das Spital vollkommene Bewusstlosigkeit, P. 32, Resp. 18, Pupillen weit und starr, Athmung stertorös. Leichte Anschwellung in der Gegend des linken os parietale, Blutung aus dem linken Nasenloch. Aus dem erst allmälig eintretenden Coma schloss man auf einen Bluterguss zwischen Dura und Schädel ohne Verletzung des Gehirns. T-schnitt in der Gegend des untern vordern Winkels des os parietale sin.; es zeigt sich eine Fissur im Knochen. Trepanation an der Stelle, wo die Fissur voraussichtlich die arter. mening. media kreuzt. Reichliche Mengen Blut und Coagula ergiessen sich aus der Oeffnung. Der eindringende Finger findet die

Dura $1^1/_2$—2 Zoll der Tiefe nach und weiter, als er der Fläche nach reicht, abgelöst. Starke weitere Blutung, als die Coagula ausgeräumt waren, die dann von selbst stand. Das Gehirn dehnte sich nach der Operation nicht wieder aus und Pat. starb 10 Stunden nach der Operation im Coma. Die Section ergab eine vom linken tuber parietale bis zum äussern Ende des kleinen Keilbeinflügels reichende Fissur; an der Stelle, wo dieselbe die arter. mening. med. kreuzt, letztere eingerissen. Gehirn selbst zeigt nirgends Bluterguss oder Zertrümmerung; Dura mater an der linken Seite im Durchmesser von mehreren Zoll vom Knochen abgelöst. Es fand sich kein Grund für die Nichtwiederausdehnung des Gehirns.

2. Fall. 7jähriger Knabe stürzt von einer acht Fuss hohen Mauer herab und kommt eine Stunde später in das Spital wegen Bruch des linken Arms. Plötzlich auftretende Bewusstlosigkeit. Linke Pupille erweitert, rechte verengert. Am Schädel findet sich nur eine kleine Anschwellung in der linken Fossa temporalis; Nasenbluten. Coma nimmt zu, drei Stunden nach dem Fall Athmung sehr unregelmässig, aussetzend. Trepanation an der Stelle der Anschwellung. Grosse Mengen von Blutgerinnseln zwischen Schädel und Dura mater, die im ganzen Bereiche des Scheitellappens abgelöst ist, entfernt; starke Blutung. Athmung sofort regelmässig, als das Gehirn sich wieder ausdehnte. Pat. bewegt die Glieder, kommt zum Bewusstsein, isst und trinkt. Neun Stunden nach der Verletzung rapides Steigen der Temperatur, Athmung wird wieder unregelmässig. Tod 11 Stunden nach der Operation; fünf Minuten nach dem Tode Temperatur 42,5. — Bei der Section fand sich eine Fissur, die senkrecht das Seitenwandbein durchsetzte, dann zwischen letzterem und dem Schläfenbein fortlaufend durch den grossen Keilbeinflügel bis zum Processus clinoideus anter. ging. Keine Gefässverletzung nachweisbar, Dura mater vom Schädel abgelöst bis zum Hinterhauptsbein. Gehirn intact.

3. Fall. 25jährige Frau, Sturz aus der Höhe von 9 Fuss; kleine Hautwunde in der Gegend des rechten Tuber parietale. $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nach dem Unfall plötzlich Bewusstlosigkeit, rechte Pupille erweitert und nicht reagirend. Allmälig wird die Athmung stertorös und unregelmässig, der rechte Augapfel prominent, die Lider suffundirt; geringe Blutung aus der Nase. Nach der Erweiterung der Hautwunde findet sich eine kleine Impression im Knochen. Trepanation. Die Dura mater erweist sich vom Knochen abgelöst; eine grosse Menge von Gerinnseln wird entfernt, starke Blutung. Puls hob sich nach der Operation von 42 auf 72, Athmung wurde besser, rechte Pupille blieb unverändert. Allmälig wieder Zeichen von Hirndruck; von neuem Gerinnsel aus der Schädelhöhle mit gutem Erfolge entfernt. Doch kehrt das Bewusstsein nicht zurück, Pat. † 18 Stunden nach der Operation; Temperatur 39,5. — Die Section ergab eine Fissur, durch den grossen Keilbeinflügel zwischen Foramen ovale und rotundum, durch die Sella turcica bis zum Sulcus caroticus sin. verlaufend; von diesem aus ging eine zweite Fissur rechtwinklig

durch die Orbitalplatte des Os frontale und die Siebbeinplatte. Ferner gingen von der Stelle, wo die Gewalt auf den Knochen eingewirkt hatte, zwei kleine Fissuren aus, eine durch die Schläfenbeinschuppe und eine zweite nach der zuerst genannten Fissur hin. Die Dura mater im ganzen Bereiche der mittleren Schädelgrube durch den Bluterguss vom Knochen abgelöst, der vordere Ast der Arter. mening. media völlig durchrissen.

Dass in allen drei Fällen der Verlust des Bewusstseins erst einige, wenn auch kurze Zeit nach der Verletzung mit den übrigen Zeichen des Hirndrucks eintrat, musste auf eine Blutung bezogen werden, und zwar auf eine abundante aus den Gefässen der Dura mater; denn eine Blutung durch Zertrümmerung des Gehirns hätte bei der Abwesenheit jeder Impressionsfractur des Schädels auf der der getroffenen Stelle entgegengesetzten Seite auftreten und mit gekreuzter Lähmung verbunden sein müssen. In zwei von diesen Fällen deuteten die Veränderungen am Auge auf den Sitz der Blutung in der mittleren Schädelgrube. Die Trepanation war in allen Fällen die einzig indicirte Therapie, und zwar befürwortet Verf. die Anlegung einer grossen Trepanationsöffnung, die gleichsam als Sicherheitsventil, welches die Entstehung des Gehirndrucks durch neue Blutansammlung verhütet, wirken soll. Die in zwei Fällen (2 und 3) auftretende, den Exitus wohl beschleunigende Temperatursteigerung erklärt er wegen der Frühzeitigkeit des Auftretens weder für septisch noch entzündlich, sondern für rein nervös. Verf. betont schliesslich, dass der ungünstige Ausgang in seinen Fällen nicht von der Operation in ähnlichen abhalten darf, da sie mit jener nachweislich nicht in Zusammenhang steht. **H. Wildt** (Berlin).

Vogt. Zur Nachbehandlung Tracheotomirter bei Trachealcroup.

(Sitzung des med. Vereins zu Greifswald am 3. Nov. 1877.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 50.)

Von der Thatsache ausgehend, dass bei der jetzigen Behandlungsweise des Trachealcroups doch die meisten croupkranken Kinder auch nach ausgeführter Tracheotomie zu Grunde gehen, da die Membranbildung schon nach den ersten Tagen Fortschritte macht, empfiehlt V. um die Bildung neuer Membranen zu verhindern das Glycerin, welches auf die Schleimhäute applicirt eine profuse wässrig-seröse Secretion einleitet. V. stellt ein 6jähriges Mädchen vor, bei welchem unter dieser Behandlungsweise nach der Tracheotomie, die Membranbildung coupirt und Genesung eingetreten war. Das zu gleichen Theilen mit Wasser vermischte Glycerin wurde mit dem Sigle'schen Inhalationsapparat durch die Trachealkanüle halbstündlich eingeathmet. V. wandte das Glycerin in derselben Weise auch bei frischen, die Tracheotomie noch nicht erheischenden Croupfällen mit

günstigem Erfolge an, indem er dasselbe nach vorhergegangener Desinfection der ursprünglichen Invasionsstelle im Pharynx mit Aq. chlori oder Brom und nach vorausgeschicktem Emeticum inhaliren liess.

Urlichs (Würzburg).

G. Ruggi. Del valore che ha la legatura della carotide primitiva.

(Bullett. d. sc. med. di Bologna Ser. 5. Bd. XXIII.)

Die Untersuchungen R.'s zur Entscheidung dieser Frage waren veranlasst durch einen Patienten, an dem R. wegen Neuralgie des N. mandibularis nach der Methode von Paravicini den Nerven resecirt hatte, und der im Verlauf der Heilung wiederholte Nachblutungen aus der Art. maxillaris interna bekam. R. unterband die Art. Carotis externa $2^1/_2$ cm über der Theilungsstelle der Carotis communis unmittelbar über dem Abgang der Art. thyreoidea super., dann nach Thomas auch diese Arterie selbst, als den einzigen in der Nähe der Ligaturstelle befindlichen Ast. — Abfall der Ligatur an der Thyreoidea nach 8 Tagen, an der Carotis nach 21 Tagen, Heilung ohne Störung, 44 Tage nach der Unterbindung. Der Erfolg der Neurectomie war laut späterer Beobachtung bleibend.

Bei dieser Gelegenheit überzeugte sich R., dass die bisherigen Erfahrungen über Unterbindung der Art. carotis communis wegen Blutungen, Aneurysmen etc. im Gebiet der betreffenden Art. carotis externa kein sicheres Urtheil über Vollständigkeit und Dauer des Erfolges zulassen, wenn auch für gewöhnlich diese Unterbindung wegen baldiger Herstellung eines rückläufigen Stromes als ungenügend sich erweist. R. suchte nun die Collateralbahnen, die diese Erscheinung vermitteln, auf, indem er Wasser oder Anilinlösungen in die Aorta oder die Carotis communis der einen Seite injicirte, während auf der anderen Seite die isolirten Carotis externa und interna controlirt wurden. Stets wurde nachher auch der Circulus Willisii untersucht.

Die Versuche ergaben Folgendes: es existiren Anastomosen zwischen den Carotiden beider Seiten, und zwar sehr beträchtliche. — Diese Anastomosen können einen rückläufigen Strom herstellen, der sofort oder nach Secunden oder einigen Minuten auftritt. — Durch die Art. carotis externa geht das Wasser sehr langsam und in geringer Menge. — Die Art. carotis interna giebt durch Vermittlung des Circ. Willis. einen starken Strom, 3—4 Mal stärker, als die Art. carotis externa. Mitunter zeigte sich für kurze Zeit im Beginn ein wahrer Strahl; meist war es ein mehr oder weniger intensives Träufeln. — Diese Verschiedenheiten erklären sich: 1. aus der grösseren oder geringeren Genauigkeit des Verfahrens, 2. aus der Anwesenheit von Gerinnseln im Circ. Willis., 3. aus dem variablen Caliber und Verlauf des Circ. Willis.

Aus diesen Resultaten zieht R. folgende Schlüsse: zur Sistirung

der Circulation in dem Gebiete der Art. carotis externa ist die Unterbindung der Art. carotis communis ungenügend und unsicher. — Am sichersten ist die Unterbindung der Art. carotis externa. — Ist diese nicht möglich, so muss man der Unterbindung der Art. carotis communis die Ligatur der Art. carotis interna beifügen.

Escher (Triest).

E. Galvagni. Nota clinica sugli infarti polmonari non embolici.

(Rivista clinica di Bologna 1877. Fasc. Nov. 11.)

Verf. berichtet zunächst über die Experimente Tizzoni's, welcher nach Erzeugung eines künstlichen Pneumothorax regelmässig hämorrh. Lungeninfarcte auftreten sah, welche sich entweder spontan resorbirten, oder zuweilen nach Hinzutreten einer epithelialen Desquamation käsige Umwandlung erlitten. G. beobachtete nun auch nach Pyothorax und pleuritischem Exsudat ähnliche Infarcte nicht embolischer Natur und kommt nach deren Beschreibung zu folgenden von ihm aufgestellten Schlusssätzen:

1. Das pleuritische Exsudat erzeugt zumal durch die Compression Lungeninfarcte nicht embolischer Natur.

2. Die Bildung dieser Infarcte manifestirt sich vielleicht anfänglich durch blutige, später durch rostbraune Sputa.

3. Der Umstand, dass diese Infarcte die käsige Metamorphose erleiden können, giebt eine Erklärung, wie so oft Phthise auf pleuritische Exsudate folge.

4. Ebendeshalb soll man rechtzeitig die Thoracocentese ausführen, sei es um der Bildung der Infarcte zuvorzukommen, sei es um die Lunge, wenn die Infarcte schon gebildet sind, möglichst zur Norm zurückzuführen und so die Resorption der Infarcte zu befördern.

Menzel (Triest).

Rosenbach. Ueber Myocarditis diphtheritica.

(Virch. Arch. LXX. p. 352.)

Wie bei den meisten anderen acuten Infectionskrankheiten ist auch bei der Diphtheritis die gelegentliche Erkrankung des Herzfleisches als Complication durch mehrfache Beobachtungen festgestellt. Verf. untersuchte in 9 Fällen die Herzmuskulatur. Von 4 Fällen wird Krankengeschichte und genauer Sectionsbefund mitgetheilt. In pathologisch-anatomischer Beziehung besteht grosse Uebereinstimmung der diphtheritischen Myocarditis mit der bei anderen acuten Infectionskrankheiten. (Wachsige und körnige Degeneration, Rundzelleninfiltration, Theilungsvorgänge an den Muskelkernen.) Von besonderem Interesse ist die Lage und Ausbreitung der Veränderung. Constant ist dieselbe am stärksten am Endocardium, nimmt nach aussen zu allmälig ab. Unter dem Pericardium findet sie sich gleichfalls und zwar um die grossen Gefässstämme, besonders Venenstämme, nament-

lich da, wo diese sich in Aeste auflösen. Am intensivsten sind die Veränderungen im linken Ventrikel. Wenig, fast keine Veränderungen waren an den Vorhöfen. In den Bindegewebszellen sind kleine Körnchen, auch längliche aus zweien und mehreren Körnchen zusammengesetzte Elemente in grosser Masse eingestreut. Sie entsprechen Mikroorganismen kleinster Art. Zoogloeaformen fanden sich nicht. Mit dem diphtheritischen, menschlichen Herzmuskel angestellte Impfungen auf Kaninchen (in Rückenmuskulatur und Trachea) gaben Resultate, die mit denen von Anderen bei directer Impfung erreichten eine nicht zu verkennende Analogie zeigten. Durch Impfungen mit normalem Herzmuskel wurden dieselben controlirt. Unter 24 in verschiedenen Zeiten nach dem Tode mit normalem Herzmuskel ausgeführten Impfungen und 4 Impfungen mit frischer Erysipelasmembran wurde nur ein der Impfdiphtheritis annähernd ähnliches Resultat erreicht, während bei 18 Impfungen mit diphtheritischem Herzmuskel wenigstens 8 Resultate erlangt wurden, welche zwar verschieden von putrider Infection waren, aber mit denen directer diphtheritischer Impfung grosse Aehnlichkeit hatten. **Madelung** (Bonn).

H. Ranke. Ueber die operative Behandlung der Leberechinococcen [1]).

(Arch. f. klinische Chirurgie 1877. Bd. XXI. Hft. 4.)

R. führt an, dass die Simon'sche Incision mit vorhergehender Doppelpunction bei Leberechinococcen wiederholt einen tödtlichen Ausgang genommen habe. Als Ursachen werden Nosocomialgangrän der Punctionsstellen, Austritt von eitrigem Cysteninhalt in die Bauchhöhle, ungenügende Verwachsung nach der Punction angeführt.

Bei Ausführung der Simon'schen Doppelpunction unter antiseptischen Cautelen und Bedeckung des Troikart's mit Lister'scher Gaze, fand Volkmann bei einem grossen Leberechinococcus eines 38jährigen Mannes nach 9 Tagen bei der Incision nur ganz minimale Verwachsungen um die Punctionsöffnungen. Es wurde deswegen die Bauchhöhle durch einen Schnitt weit geöffnet, die Wunde, in welche sich die Leberoberfläche hineinlegte, durch einen Tampon von Listergaze klaffend erhalten und das ganze mit einem antiseptischen Verbande bedeckt. Als man nach 7 Tagen hinreichend feste Verwachsungen annehmen konnte, wurde die Lebersubstanz und die darunter liegende Cyste incidirt. Nach 6 Wochen gingen die letzten Blasen ab, nach weiteren 3 Wochen wurde der Pat. mit einer wenig secernirenden Fistel entlassen. —

Bei einem zweiten Falle (16jähriges Mädchen, über mannskopfgrosser Leberechinococcus) wurden nach Sicherung der Diagnose durch eine Probepunction die Bauchdecken in einer Aus-

---

[1]) Vortrag, gehalten am 3. Sitzungstage des VI. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, am 6. April 1877.

dehnung von 8 cm gespalten, ebenso nach Stillung der Blutung das Peritoneum. Die nicht klaffenden Ränder des Bauchfells wurden mit der Scheere etwas abgetragen und ein Verband, wie in dem vorigen Falle, angelegt. Neun Tage später wurde die Cyste eingeschnitten. In den ersten 4 Tagen war bedeutendes Fieber bis 40° C. vorhanden, welches verschwand, als die Echinococcusblase sich gelöst hatte und entfernt werden konnte. $4^1/_2$ Woche nach der Incision wurde die Patientin mit einer nur noch unbedeutenden oberflächlichen Granulationsfläche entlassen.

Für die Ungefährlichkeit der weiten Eröffnung der Bauchhöhle unter antiseptischen Cautelen führt R. noch einen Fall von Nierentumor (Leiomyom) bei einem 3jährigen Knaben an. Volkmann eröffnete nicht allein die Bauchhöhle, sondern excidirte sogar ein Stück des Tumors zur Feststellung der Diagnose. Die Kapsel wurde durch Catgutnähte geschlossen. Von der Exstirpation wurde wegen des breitbasigen Ansatzes der Geschwulst Abstand genommen. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall. Das Kind starb einige Monate später. Ebenso heilten 2 Exstirpationen grosser Geschwülste der Bauchdecken bei einem 43 Jahre alten Manne und einer 24jährigen Frau trotz weiter Eröffnung der Bauchhöhle ohne Zwischenfall und ohne Eiterung.

R. empfiehlt deswegen die freie Incision für die Diagnose und Behandlung der cystischen Tumoren des Unterleibes unter antiseptischen Cautelen. **Maas** (Freiburg i/Br.).

T. Holmes. On dislocation of the hip into the obturator foramen.

(Med. tim. and gaz. 1877. Oct. 27.)

Verf. referirt zunächst einen Fall von Luxatio obturatoria. Ein junger, sehr muskulöser Mann stürzt vom Wagen herab auf das nach aussen rotirte rechte Bein. Bei der sofortigen Aufnahme in's Spital ausserordentliche Schmerzhaftigkeit, scheinbare Verlängerung des rechten Beins, die sich bei genauer Messung als auf Beckenverschiebung beruhend herausstellt; tiefe Grube auf der Aussenseite der Hinterbacke, in deren Grund der Trochanter major zu fühlen ist. Die Extremität nur in mässigem Grade abducirt, nach aussen rotirt; auf der inneren Seite des Oberschenkels harter, durch die Adductoren gebildeter Strang, der Hauptsitz der grossen Schmerzhaftigkeit. In der Narkose Versuch der Reduction durch Flexion und Rotation nach innen nach Bigelow. Als die Einrenkung auf diese Weise nicht gelang, setzte H. seinen Fuss auf den horizontalen Schambeinast, während das Becken fixirt wurde, und übte einen directen Zug vertical nach oben hin aus, den er mit leichten Hin- und Herbewegungen verband. So wurde der Kopf leicht in die Pfanne geführt.

H. betont, dass der grosse Unterschied in der Behandlung von Hüftgelenksluxationen gegen früher auf der Anwendung der Anästhetica beruht und dass, wenn nur der Schenkelkopf beweglich geworden

ist, der elastische Zug der Muskeln die Reduction vollenden kann, so dass selbst die entgegengesetztesten Methoden in ganz analogen Fällen zum Ziele führen können. Er nimmt mit Bigelow und Fabbri an, dass das Haupthinderniss der Reduction in dem ligamentösen Apparat sitzt, und zwar in dem nicht zerrissenen Theile der Gelenkkapsel. Bei künstlich an der Leiche hervorgebrachten Luxationen zeigt sich stets die ganze Kapsel zerrissen, mit Ausnahme des Lig. ilio-femorale (Y-Ligament Bigelow's). Speciell die Luxatio obturatoria erzeugt man nach Fabbri's Vorschriften durch starke Abduction des Schenkels, bis man die Kapsel zerreissen hört und darauffolgende starke Rotation der im Knie gebeugten Extremität nach innen, bis man ein weiteres Zerreissen, das des Lig. teres fühlt. Eine Luxatio obturatoria kann nach H. demzufolge nur zu Stande kommen durch eine starke Zerreissung des inneren Theils der Kapsel und des Lig. teres; der Pectineus, Adductor brevis, vielleicht auch der Adductor longus können zerrissen sein, der Nervus obturatorius ist gedehnt, selbst zerrissen.

Die Symptome der Luxatio obturatoria sind folgende: Die Breite der Hinterbacke ist verringert, der grosse Trochanter, mehr nach innen dislocirt, befindet sich in unmittelbarer Nähe des Acetabulum auf dem Grunde einer tiefen Grube. Die verletzte Extremität kann verlängert sein (nach Fabbri's Versuchen an der Leiche bis 2 Zoll), und zwar ist die Verlängerung um so geringer, je näher der Schenkelkopf dem Schambein gelagert ist, um so grösser aber dann die Abduction und Rotation nach aussen. Bei den anzustellenden Messungen ist immer eine eventuelle Beckensenkung im Auge zu behalten. Ein weiteres Symptom der Luxatio obturatoria ist die hochgradige Spannung der Muskulatur auf der Innenseite des Schenkels, namentlich des Abductor longus; endlich die auf Reizung des Nervus obturatorius, vielleicht auch des Cruralis beruhenden Schmerzen.

Da Verf. auf Grund der Untersuchungen Bigelow's und Fabbri's annimmt, dass bei der Luxatio obturatoria der innere Schenkel des Lig. ilio femorale das spannende Moment ist (bei Luxation nach hinten der äussere Schenkel) und da es zuerst darauf ankommt, diesen Strang zu entspannen, so besteht der erste Act der Einrenkung in der Flexion des Schenkels; der zweite Act, von Bigelow und Fabbri unabhängig von einander im Wesentlichen gleich beschrieben, nämlich Rotation des auch im Knie gebeugten Schenkels nach innen, so dass das Knie nach innen, der Fuss nach aussen geführt wird, durch welche Manipulationen der Kopf über den Pfannenrand gehoben werden soll. Gelingt letzteres nicht, wie in dem oben erwähnten Falle, was die Folge von einer Interposition von Kapseltheilen zwischen die Knochen sein kann, so empfiehlt H. die in dem Eingangs erwähnten Falle geübte Methode des directen Zugs von oben her mittelst des unter dem gebeugten Knie hindurchgeführten Vorderarms. **H. Wildt** (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

Marduel. Accidents dus à l'anésthésie par l'éther chez un enfant de 10 ans.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 40.)

M. berichtet über einen schweren Fall von Asphyxie in der Aethernarkose. Er verweist bezüglich der dabei aufgetretenen Erscheinungen auf 3 ganz ähnliche Beobachtungen, welche Tripier ein Jahr zuvor gemacht. Es handelte sich bei einem 10jährigen, sehr nervösen Knaben um eine Phimosenoperation. Diese war in Äthernarkose beendet, als plötzlich Athemstillstand und Verfall der Gesichtszüge eintrat. Indessen ging die Herzaction, wiewohl leise, doch deutlich vernehmbar fort, obwohl die Athemstockung sehr lange dauerte. Pat. erholte sich. — **Fr. Steiner** (Wien).

M. Gay. Alcuni risultati ottenutti della medicazione cloralizzata nelle soluzioni di continuità delle parti molli.

(Gazz. delle cliniche 1877. No. 38 und 40.)

Verf. erläutert an mehreren ungemein ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten die Vortheile der Wundbehandlung mit Chloralhydrat (Chloralhydrat $1\frac{1}{2}$, Glycerin 100). Doch sind die mitgetheilten Fälle zu unbedeutend und zu gering an Zahl, um irgend welche Schlüsse zu erlauben. **Menzel** (Triest).

Gibert. Hémophilie; éruption pétéchiale chez un sujet hémophilique; hémorrhagies dans les cavités buccale, pharyngienne et laryngienne; diphthérite secondaire; mort.

(Gaz. med. de Paris 1877. No. 43.)

Aus dem oben angegebenen Krankheitsbild ist für den Chirurgen von Interesse, dass die Ecchymosen in der Mundhöhle, dem Pharynx und Larynx wegen Suffocationsanfälle die Tracheotomie nothwendig machten.

Während der Operation verlor der $5\frac{1}{2}$ jährige Kranke, ein Bluter, wenig Blut, jedoch stellte sich einige Minuten nachher eine profuse Blutung ein, die erst nach Anwendung des Höllensteinstiftes stand. 1 Tag nach der Operation wurde der Pat. von Diphtheritis befallen, der er am folgenden Tage erlag. — **Th. Kölliker** (Würzburg).

Gajasy. Mittheilungen aus dem Szegsarder allgemeinen Krankenhause.

(Wien. Allg. med. Zeitung 1877. No. 30.)

1) Eine Comminutivfractur des Unterschenkels, mit ausgedehnter Wunde und starker arterieller Blutung wurde zunächst mit Liquor-ferri-charpie bedeckt und dann vollständig mit Watte eingehüllt, welche 4 Wochen lang unberührt liegen blieb. Nach 80 Tagen war der Mann (ein Soldat) geheilt und wieder als Reiter diensttauglich.

2) Ein Mann erhielt durch Unvorsichtigkeit beim Putzen eines Revolvers einen Schuss in die Magengegend. Die Eingangsöffnung lag 2 cm weit unter dem linken Rippenbogen, 4 cm vom Proc. xiphoideus entfernt. Der Kranke erbrach durch mehrere Tage fortwährend Blut, dann heilte die Wunde innerhalb eines Monates ohne weitere Symptome zu; die Kugel wurde nicht aufgefunden. Der Verf. nimmt eine Verletzung des Magens als constatirt an. **Winiwarter** (Wien).

A. Patterson. Case of encephalocele.

(Glasgow med. Journ. 1877. Juli.)

Verf. sah bei einem $4\frac{1}{2}$ Monate alten sonst gesunden Mädchen eine der Mitte der protuber. occip. aufsitzende, kurz gestielte Geschwulst von oblonger Gestalt und etwa der zweifachen Grösse des Kopfes. Die Dicke des Stiels betrug $\frac{3}{4}$ Zoll, die Länge der Geschwulst 8, die Breite 5 Zoll. Sie war fluctuirend und durch-

sichtig mit Ausnahme des Stieles und des diesem zunächst liegenden Theiles. Seit der Geburt war sie um das Doppelte ihres Volumens gewachsen.

P. machte eine Punction der Geschwulst mit einem Troikart, wobei sich 14 Unzen klarer Flüssigkeit von 1007 sp. Gewicht und geringem Eiweissgehalt entleerten, und spritzte dann eine Lösung von 0,6 Jod, 1,2 Jodkali, 30,0 Glycerin ein. Die Stichwunde wurde mit Collodium geschlossen.

Nach 3 Tagen 2. Punction mit Jodinjection, 9 Unzen Flüssigkeit entleert.

Allmälige Wiederansammlung der Flüssigkeit. Nach 4 Wochen 3: Punction mit Jodinjection. Exitus 10 Tage danach.

Die Punctionen waren niemals mit üblen Zufällen verbunden.

Die Section zeigte, dass die Cyste mittelst eines Loches im Hinterhauptsbein mit dem Schädelinnern communicirte. Die Wand bestand ausser der häutigen Bedeckung aus einer Lage von Gehirnmasse, die nach dem Stiele zu an Dicke etwas zunahm und sich durch diesen hindurch unmittelbar in die Gehirnhemisphären fortsetzte. Die innere Oberfläche der Hirnmasse war mit der stark vascularisirten Arachnoidea, die äussere von der Dura mater bedeckt.

Es handelte sich also um den Prolaps eines dicht an dem sulcus longitudin. gelegenen Theiles beider Grosshirnhemisphären. Durch den Druck der in dem Sulcus sich ansammelnden Flüssigkeit wurde die Gehirnmasse zur Seite gedrängt und platt gedrückt.

Verf. glaubt, dass bei einer wirklichen Encephalocele keine Erfolge von obiger Operation zu erwarten seien, während er sich bei einer Meningocele Vortheile davon verspricht. **Rinne** (Berlin).

Hartmann. Entfernung eines grossen Sequesters aus der Paukenhöhle eines Kindes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 43.)

H. entfernte bei einem 3jährigen Kinde einen Sequester, der hauptsächlich von der hinteren Gehörgangswand und einem Theil der Warzenzellen gebildet war und sich in die Paukenhöhle geschoben hatte. Er führte einen 3—4 cm langen Schnitt an der Anheftungslinie der Ohrmuschel bis auf den Knochen. Erstere wurde mit den unterliegenden Weichtheilen nach vorn abgehoben und durch einen Haken fixirt. Nachdem mehrere cariöse Partien der Schuppe mit dem scharfen Löffel entfernt waren, wurde eine Sonde vom Gehörgange aus nach hinten geschoben und kam in der Tiefe der Incisionswunde zum Vorschein. Die Ohrmuschel wurde von der Sonde aus nach oben und unten noch weiter abgelöst, bis die Fingerspitze die Spitze des Sequesters in der Paukenhöhle fühlen konnte. Da derselbe mit der Kornzange nicht herausgezogen werden konnte, wurde er mittelst des scharfen Löffels herausgehebelt; er hatte annähernd die Form einer dreikantigen Pyramide und war 13 mm lang, 10 mm breit. Hierauf wurde eine Drainageröhre vom äusseren Gehörgange unter der Ohrmuschel nach hinten gezogen und Carbolausspritzungen gemacht. Nach 5 Wochen war die Heilung vollendet, nachdem noch 3 Wochen nach der Operation vom Gehörgange aus 2 kleine Sequester mit der Pincette entfernt waren. **Urlichs** (Würzburg).

V. Martone. Cisti sierose del collo.

(Annali clin. — ospedale incurabili anno II 1877. Juni.)

Ein 2½jähriges Kind hatte eine angeborne mehrkämmerige Cyste von Orangengrösse an der rechten Halsseite; Exstirpation. Die Cysten waren ungemein dünnwandig und sehr adhärent. Besonders innig waren die Adhäsionen mit der Vena jugularis interna, welche im Trigonum inframaxillare und über der Clavicula unterbunden wurde, während das Zwischenstück mit der Geschwulst exstirpirt wurde. Die Geschwulst bestand aus 7 Cysten mit gelblichem albuminösem flüssigem Inhalt. Die Heilung der Wunde wurde durch ein Erysipel ungemein verzögert. Erst am 57. Tage war die Vernarbung vollendet. **Menzel** (Triest).

C. Giambattista. Pleuropneumonie ayant amené un pyo-pneumothorax; thoracentèse; guérison à la suite d'une seule ponction.

(Gaz. méd. de Paris 1877. No. 48.)

G. berichtet über einen Fall von Pyopneumothorax, der durch eine einzige Punction vollständig geheilt wurde. Die Punction ergab über einen Liter Eiter. Die Wunde wurde unmittelbar nach der Operation durch einen einfachen Pflasterverband geschlossen. **Th. Kölliker** (Würzburg).

Glesinger. Aus der Praxis.

(Pester med. chir. Presse 1877. No. 45. November 11.)

G. sah am 11. August 1877 einen 8jährigen Knaben, welcher eine Bohne verschluckt hatte und dann schnell nach Hause gelaufen war. Rechts in der Mitte des Schulterblattes umschriebene Dämpfung und abgeschwächtes Athmen auf der ganzen rechten Thoraxhälfte. Am nächsten Tage bronchiales Athmen, keinerlei Sputa. Später, 20. August, drohendes Lungenödem. Ein Emeticum bewirkte Brechen und starken Husten, bei welchem plötzlich eine aufgequollene, grosse Bohne herausgeschleudert wird. Der Bohne folgte massenhaftes, pneumonisches Sputum. Heilung. **Leisrink** (Hamburg).

Houel. Rápport sur une piéce de spina bifida avec exostose cartilagineuse, qui fait saillie dans le canal rachidien.

(Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie Tomè III. No. 5. 1877.)

H. giebt die Beschreibung eines Präparats von Spina bifida, welches sich in der Sammlung zu Amiens befindet. Der Tumor von etwa Eigrösse sitzt dem Ende der Wirbelsäule und dem Anfange des Kreuzbeins auf, communicirt mit dem Wirbelcanal durch eine Oeffnung von $1^1/_2$ cm vertikalem, 1 cm horizontalem Durchmesser. Im Wirbelcanal befindet sich ausgehend von der Oberfläche des 3. und 4. Lendenwirbels, so wie von der Zwischenwirbelscheibe eine spitze, dreieckige, knorpelige Exostose von 12 mm Höhe und 11 mm Durchmesser an der Basis. Dieselbe ragt mit ihrer Spitze in die erwähnte Oeffnung der Wirbelbögen, die in die Geschwulst führt, hinein und trennt das Rückenmark in der Länge von 2 cm in zwei Theile, welche sich unterhalb der Geschwulst wieder vereinigen.

H. ist der Ansicht, dass diese Exostose die Ursache der spina bifida sei, da sie eine Vereinigung der Wirbelbögen verhindert habe.

Boeters (Berlin).

Leroux. Hernie crurale étranglée survenant chez une femme qui portait depuis longtemps une adénite crurale avec empâtement de la région. — Difficulté du diagnostic. — Variété rare d'étranglement: pincement latéral de l'intestin.

(Soc. anat., séance du 9 Mars 1877. Progrès méd. 1877. No. 26.)

Die 37jähr. Pat. bekam vor $^1/_2$ Jahr nach einer Anstrengung eine eitrige Lymphadenitis inguinal. dextr., Incision. Nach der Vernarbung blieben Schwellung und Verhärtung zurück. Am 19. Jan. 1877 nach einer neuen Anstrengung heftiger Leibschmerz und von da an alle Zeichen einer Darmeinklemmung. Aufnahme am 27. Jan. Wegen der bestehenden Anschwellung in der Schenkelbeuge schwankte die Diagnose zwischen »innere Einklemmung« und »eingeklemmte Femoral-Hernie«. Marchand machte die Enterotomie nach Nélaton 4—5 Finger breit über dem Lig. Poupartii. 4 Stunden später exitus letalis. Bei der Section wurde eine eingeklemmte Littre'sche Cruralhernie des Dünndarms gefunden. Unter der verwachsenen Haut und dem indurirten Unterhautzellgewebe fand man eine grosse geschwollene Drüse (3 cm Durchmesser, 1 cm Dicke) daneben mehrere kleinere, darunter eine Eiterhöhle, in deren Tiefe den Bruchsack. In der Wand des Bruchsacks befand sich eine unregelmässige Oeffnung, durch welche die Eiterhöhle mit dem Bruchsack communicirte. Der Bruch war von Eiter umspült, nur an einer Stelle durch ein ziemlich starkes Band mit dem Bruchsack verbunden.

Es war nur ein Theil der Darmwand eingeklemmt und zwar sehr stark, so dass eine Hohlsonde nur mit Gewalt zwischen Bruch und Bruchsackhals durchgebracht werden konnte. Die eingeklemmte Darmwand war sehr zerreisslich. Das Lumen des Darms war nicht vollständig verlegt, man konnte, indem man den Sporn umging, noch den kleinen Finger durchbringen. Das Mesenterium war gespannt, der Bruchsackhals gefaltet, Sitz der Einklemmung der annulus cruralis.

In der sich anschliessenden Debatte erzählt Després einen Fall von eingeklemmtem Darmwandbruch, bei dem die eingeklemmte Partie, von der Grösse eines Centime-Stücks gangränös geworden war, und der Darm seinen Inhalt in die Bauchhöhle ergossen hatte. — Verneuil will den Umstand, dass trotz der Durchgängigkeit des Darms Ileus bestand, durch eine dynamische Strictur erklären. — Von verschiedenen Seiten werden die auch in dem referirten Fall gegen die Collaps-Temperatur angewandten subcutanen Aether-Injectionen (zur Zeit 10 gtts. quoties satis) empfohlen. **Petersen** (Kiel).

Baréty. Hydrocéle trilobée guérie par une ponction aspiratrice.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 11.)

Bei einem 80jährigen Manne, der seit 16 Jahren eine rechtsseitige Hydrocele trug (er war früher viel geritten), reichte eine einmalige Punction mit nachfolgender Aspiration der Hydrocelen-Flüssigkeit ($2^3/_4$ Liter), ohne Jodinjection, zur bleibenden Heilung hin. **Fr. Steiner** (Wien).

Löbisch. Chemische Untersuchung eines Falles von Cystinurie.

(Wiener med. Jahrb. 1877. Hft. 1.)

L. fand in dem sauer reagirenden Harn eines im Uebrigen vollkommen gesunden Mediciners einen voluminösen Niederschlag, der unter dem Mikroskop beinahe ausschliesslich die sechsseitigen farblosen Krystalle des Cystins zeigte. Die Anwesenheit dieses Körpers wurde durch das Kochen einer Probe des Sediments mit einer Lösung von Bleioxyd in Kalilauge bestätigt. Da bis jetzt in allen beobachteten Fällen von Cystinurie eine Abnahme der Harnstoff- und Harnsäure-Ausscheidung sich gezeigt hatte, so wurde während 2 Wochen die tägliche Menge dieser beiden Stoffe neben der des ausgeschiedenen Cystins gemessen. Die Mittelzahlen, welche für den Harnstoff und die Harnsäure erhalten wurden, zeigten indess, dass die Ausscheidung der stickstoffhaltigen Zersetzungsproducte der Eiweisskörper durch die Bildung des Cystins nicht beeinträchtigt wurde.

Hack (Freiburg i/Br.).

G. Ambragio. Contribuzioni alla Chirurgia sui bambini.

(Gazz. med. it. lomb. 1876. No. 51.)

In diesem Capitel bespricht Verf. seine Resultate im Steinschnitt. Von 42 Operirten (Kinder) wurden 31 geheilt und starben 11. Verf. benutzt zur Ausführung der Operation das Lithotom caché von Levacher.

Menzel (Triest).

Ledlard. Syphilitic disease of rectum, for which colotomy was performed.

(Medical times and gaz. 1877. Oct. 27.)

L. theilt die Krankengeschichte einer 24jährigen Person mit, die seit sieben Jahren ununterbrochen an syphilitischen Affectionen im Rachen, am After und im Mastdarm litt. Ausser Röthung und Schwellung im Rachen fanden sich breite condylomatöse Wucherungen am After und in der Vulva, Geschwüre im Mastdarm, dessen Kaliber verringert erschien. Heftige Schmerzen namentlich beim Stuhlgang, fortwährender Ausfluss von Blut und Eiter. Dreimonatliche antisyphilitische Behandlung ohne Erfolg. Colotomie in der Regio lumbalis sinistra, ziemlich schwierig wegen des bedeutenden Fettpolsters. Mässige fieberhafte Reaction. Sehr bald eintretende Besserung, Schmerzen verschwinden vollkommen, Ausfluss von Blut und Eiter aus dem Mastdarm gering. Die Geschwüre in der Vulva und um den Anus spotten jeder Behandlung, doch hofft Verf. trotzdem die völlige Heilung in einigen Monaten zu erreichen. **H. Wildt** (Berlin).

O. Th. Howe. Fracture of the patella.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Vol. II. p. 265.)

Von den im Massachusett's allgemeinen Krankenhause aufgenommenen 59 Kniescheibenbrüchen betrafen 47 Männer und 12 Frauen. Von ihnen waren 48 (81,4%) durch directe Gewalt, 11 (18,6%) durch Muskelzug entstanden; 56 waren einfach, 2 complicirt, 1 ein Comminutiv-Bruch. Die Bruchlinie ging 51 Mal quer, 2 Mal schräg, 2 Mal in T-Form, 1 Mal war ein kleines Fragment abgebrochen. Refractionen ereigneten sich 8 Mal, 2 Mal bestand eine Doppelfractur. Die grösste Entfernung der Bruchenden vor der Behandlung betrug 4", nach derselben $^1/_2$"; im Mittel war Diastase nach der Behandlung 0,33". Zwei Mal erfolgte knöcherne Vereinigung. Ein Pat. brach 4 Mal die Kniescheibe; das erste Mal quer, 10 Monat später entstand eine leicht schräg verlaufende Fractur und an derselben Stelle nach 14 Monaten ein neuer Bruch; das 4. Mal endlich brach das untere Patellarende durch Muskelzug ab. Obwohl in der Mehrzahl der Fälle eine bedeutende Exsudation in's Gelenk statt hatte, so ergab dieselbe keinen Einfluss auf die schliesslich gute Heilung. Vier Pat. konnten schon am 7. Tage etwas umhergehen; die mittlere Aufenthaltsdauer im Hospital dauerte 6 Wochen. Die Behandlung war in den mannigfachsten Verbandweisen ausgeübt; einfache Lagerung auf Hinterschiene (Goodwin, Mc. Intyre, Whitten) mit der Patella sich anschmiegenden Testudo-Touren oder Achtertouren etc. auch in complicirten Apparaten; das Resultat war stets das gleiche. Es empfiehlt H. das verletzte Bein auf einer Hinterschiene mit Freilassung des Knies zu befestigen, auf das geschwollene Knie eine Eisblase zu legen. In der Ruhelage geht die Abschwellung vor sich, die Fragmente legen sich aneinander, dann kann in der 3. Woche ein fester Verband angelegt werden, der 4—6 Wochen liegen bleibt; dann darf Pat. herum gehen.

Pilz (Stettin).

Wharton. Poplitealaneurism.

(Philad. med. Times 1877. Novbr. 10. No. 260.)

Der Fall betrifft einen Patienten, welcher vor mehr als 10 Jahren syphilitisch war, vor 4 J. sich eine Distorsion des linken Kniegelenks zuzog, in deren Folge sich das Aneurysma bildete, welches die Kniekehle ganz ausfüllte und sich über das untere Drittel am Oberschenkel hinauf erstreckte. Umfang des kranken Kniees 21", des gesunden rechten 14". Zunächst wurde die Femoralis im Scarpa'schen Dreieck mit Catgut unterbunden, Wunde geschlossen, Watteverband. Am 9. Tage Nachblutung, welche aus einer Perforation etwas oberhalb der Ligatur herrührte. Ligatur ober- und unterhalb dieser Stelle. 8 Tage später wieder Nachblutung, welche diesmal aus einer Perforation der Profunda femoris kam. Ligatur ober- und unterhalb. 14 Tage später 3. Nachblutung, man fand die Stelle der Blutung nicht, Unterbindung der Femoralis über dem Abgange der Profunda. 12 Tage später Blutung aus dieser Wunde. Unterbindung der Iliaca externa mit Catgut, Wunde genäht, Watteeinwickelung. Tags darauf Blutung (die 5.) aus der Wunde, wo die Femoralis oben unterbunden war, diesmal war eine Perforation in der Obturatoria die Ursache. Compression. 3 Tage später 6. Blutung; die Iliaca communis wurde unterbunden und aus dieser Wunde kam 6 Tage später die 7. und letzte Blutung. Die Aorta abdominalis wurde comprimirt. 1 Stunde später starb der Patient. Section: Die Ligaturen befanden sich an Ort und Stelle. $^3/_4$" oberhalb der Ligatur der Iliaca communis war eine Perforation in der Wand dieser Arterie. In der Arterie ein Thrombus von $1^1/_4$" Länge. Die Obturatoria sin. anastomosirte durch Aestchen mit der Hypogastrica dextra. Der Umfang des Aneurysma hatte sich nach den verschiedenen Unterbindungen und Blutungen um etwa 4" verringert.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. **Sonnabend, den 16. März.** **1878.**

Vorläufige Mittheilung
über den Blumen-Gitter-Verband.

Von

Dr. **M. Ulrich Herzenstein** in Kischineff (Russland).

Seit kurzem wende ich in Fällen sowohl einfacher, als complicirter Fracturen (Schussfracturen) einen Verband an, den ich nach dem dazu in Verwendung kommenden Material »Blumengitter-Verband« nenne.

Ich gebrauche nämlich als Verbandmittel die im gewöhnlichen Leben unter dem Namen Blumengitter (cache-pots) bekannten und zur Verzierung ordinärer Blumentöpfe dienenden hohlen, kegelförmigen Holzgitter. Letztere bestehen aus biegsamen, hölzernen Fournier-Stäbchen, welche mittelst Messingstifte untereinander derartig verbunden sind, dass ihr Lumen durch An- oder Auseinanderdrücken der Stäbchen verkleinert resp. vergrössert werden kann. Fig. 1.

Diese Holzgitter-Schienen lassen sich sehr leicht mit einer star-

ken Scheere oder gewöhnlichem Scalpell beliebig zuschneiden. Indem man die Enden je zweier Holzgitter in der Richtung der Linien *ab*, *a' b'*, *a'' b''* abschneidet und mittelst schmaler Bändchen — die man die gegenüberliegenden Oeffnungen (*o,o'* — *o,o'*) der Gitter passiren lässt und zusammenknotet — vereinigt, bekommt man eine recht- oder spitz- oder stumpfwinkelige (knieförmige) Holzgitter-Schiene (*ABC*).

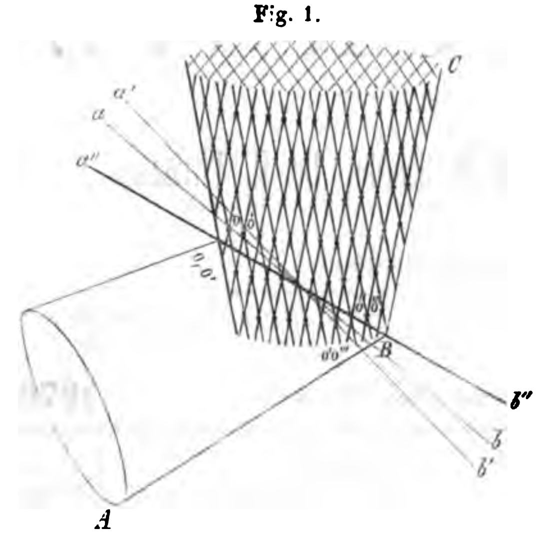


Fig. 1.

Zum Anlegen des Verbandes sind ausser den Holzgittern noch folgende Materialien nöthig: Watte (Jute), Bändchen, Binden (oder △-Tücher, oder Heftpflasterstreifen).

Das Anlegen des Verbandes geschieht auf folgende Weise:

Fig. 2 stelle eine complicirte Fractur (Schussfractur) des rechten Oberarms vor. Man lege zuerst die mit Watte gut gepolsterte Gitterkapsel *a* auf, befestige dieselbe am oberen Ende mit einem als schmale Cravate zusammengefalteten △-Tuch (oder einer Binde oder einem Heftpflasterstreifen); lasse dann die Kapsel *b* folgen, deren oberes Ende um 1'' das untere Ende der Schiene *a* überrage und befestige die beiden sich übereinander deckenden Enden mit einem △-Tuch. Jetzt folgt das Gitter *c*, welches mit der soeben angelegten Kapsel eine knieförmige Schiene *BAC* bildet. Um letzterer mehr Festigkeit zu verleihen, lasse man durch je zwei gegenüber liegende Oeffnungen der Gitter *b* und *c* sowohl auf der Beuge- als Streckseite schmale Bändchen passiren, knote letztere zusammen und lege alsdann ein △-Tuch (*A*) auf. Endlich wird die Kapsel *d*, welche das Handgelenk festhält, auf dieselbe Weise angelegt, wie die vorigen (*a* oder *b*).

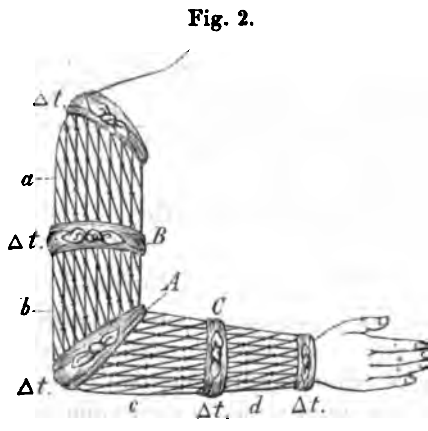


Fig. 2.

Die Vortheile des Gitter-Verbandes:

1) Der Blumengitter-Verband lässt sich l e i c h t und s c h n e l l anlegen und erfordert das Anlegen gar keine Uebung.

2) Er lässt sich auch mit derselben Leichtigkeit und Schnelligkeit lösen und ablegen, ganz oder stückweise.

3) Die leichte und exacte Accommodation der Gitter für jedwede Gliederform.

4) Er vereint in sich alle Vortheile der bekannten Contentiv-Verbände, stellt den besten amovo-inamoviblen Verband dar und wirkt ähnlich den erhärtenden Verbänden.

5) Kann als Verstärkungsmittel des Gipsverbandes dienen, z. B. in Fällen von Schussfracturen der unteren Extremität, obwohl er auch per se in diesen Fällen sehr gute Dienste leistet und den Gipsverband vollkommen ersetzt.

6) Er gestattet die Anwendung aller Art Verbände der die Fracturen complicirenden Wunden, — wie die Occlusionsverbände, den Lister'schen Verband, die offene Wundbehandlung und die Anwendung der wärmeentziehenden Mittel, der Irrigation und Immersion.

Gestützt auf die soeben erwähnten und mehrere andere Vortheile, glaube ich, würde sich der Holzgitter-Verband von grossem Nutzen in der Kriegspraxis und besonders als erste Hülfe auf dem Verbandplatze erweisen.

Schildbach. Orthopädische Klinik. Mittheilungen aus der Praxis der gymnastisch-orthopädischen Heilanstalt zu Leipzig.

(Leipzig 1877. 64 S.)

Verf. bespricht in seiner Schrift unter Vorausschickung einiger historischer und statistischer Notizen über seine Anstalt die therapeutischen Verfahrungsweisen, die er sich allmälig ausgebildet hat. Bei der Behandlung der Skoliose, die weitaus die Mehrzahl der von ihm behandelten Fälle repräsentirt, legt er das Hauptgewicht auf die gymnastische Behandlung und zwar durch allgemeine Turnübungen, durch specifische Uebungen und durch je nach der Besonderheit der Verkrümmung verschiedene Manipulationen, deren Details in dem Original nachgesehen werden müssen. Erst in zweiter Linie kommt ihm die Behandlung mit Maschinen, die, wie er ausdrücklich betont, zur Heilung einer Skoliose niemals ausreicht. Von Lagerungsvorrichtungen zur Skoliosenbehandlung benutzt er hauptsächlich eine von ihm schon früher beschriebene, am Bett angebrachte »Seitenzugvorrichtung«, ferner eine »schiefe Ebene« und den Rauchfuss-schen Schwebegurt. Von tragbaren Maschinen kamen in Anwendung die Nyrop'sche Maschine und die Barwell'sche Riemenbandage, Corsets wurden nur sehr wenig benutzt.

Bei Wirbelsäulenverkrümmungen in Folge von Spondylitis lässt Verf. seine Patienten, so lange der Krankheitsprocess noch fortdauert, ununterbrochen liegen und täglich kalt abreiben; neuerdings wendet er auch hierbei den Rauchfuss'schen Schwebegurt an; ist der Krankheitsprocess noch nicht sistirt, aber eine länger fortgesetzte

permanente Rückenlage sonst contraindicirt, ebenso wenn ein höherer Grad von Buckel zurückgeblieben ist, so lässt er die von ihm angegebene Kyphosenmaschine benutzen, der er vor der Taylorschen den Vorzug giebt. Nebenbei zieht er auch in diesen Fällen, vorsichtig und nicht zu früh, gymnastische Uebungen in Anwendung.

Die Coxitis behandelt Verf., so lange der Process noch fortdauert, mit Heftpflaster- und Gewichtsextensionsverbänden, über deren Technik er sich ausführlich verbreitet. Von Maschinen, die ein Umhergehen ermöglichen, zieht er die von Sayre der von Taylor vor. Bei den Folgezuständen der Coxitis, namentlich den Contracturen, wendet er die Sayre'sche Streckmaschine an, in Verbindung mit Manipulationen. Auch bei angeborener Hüftgelenksluxation empfiehlt Schildbach die Distraction, theils im Heftpflasterverband, theils mit der Sayre'schen Maschine und hat unter anderem einmal beobachtet, dass sich nach 1¼jähriger Anwendung eine Erhöhung auf der Fläche des Hüftbeins bildete, welche die Stelle des oberen Pfannenrandes vertrat und das Hinaufrutschen des Schenkelkopfes verhütete.

Verf. spricht endlich noch kurz über andere Gelenkcontracturen, über Fussdeformitäten und spinale Kinderlähmung, in Bezug auf welche auf das Original verwiesen werden muss. **H. Wildt** (Berlin).

Sanderson. Neue Versuche über den Einfluss der Filtration durch Thoncylinder auf die Vernichtung der Virulenz putrider Flüssigkeiten.

(Aus dem Englischen übersetzt von A. Spina, Wiener med. Jahrb. 1877. Hft. 3.)

S. filtrirte putride, nach früheren Angaben Panum's zubereitete Flüssigkeiten, in denen die Möglichkeit der Existenz lebender Organismen schon durch die Präparationsmethode ausgeschlossen war, durch porösen Thon unter ziemlich hohem Druck und fand, dass das flüssige Extract sofort seinen unangenehmen Geruch, seine giftige Wirkung und die Fähigkeit verlor, Bacterien zur Entwickelung zu bringen. Im Zusammenhang mit diesen Erscheinungen war auch mikroskopisch ein durchgreifender Unterschied festzustellen. Vor der Filtration zeigte das Extract stets bei Anwendung stärkerer Vergrösserungen scharf contourirte, formlose, eigenthümlich glänzende Partikelchen, welche vollständig fehlten in Flüssigkeiten, die einmal durch porösen Thon hindurchgetrieben worden waren. Während Injectionen eines Extractes, das nicht durch Thon filtrirt worden, bei einer Reihe von Versuchsthieren heftige septikämische Erscheinungen hervorriefen, denen die Thiere zum Theil erlagen, so war bei Anwendung von durch Thon filtrirter Flüssigkeit an den Thieren keine besondere Wirkung, höchstens eine vorübergehende unbedeutende Temperatursteigerung wahrzunehmen. **Hack** (Freiburg i/Br.).

N. Zuntz und Pflüger. Die Lebenszähigkeit des menschlichen Fötus.

(Pflüger's Arch. XIV. p. 616 und p. 628.)

Bekanntlich vermag ein geborenes Säugethier die Zufuhr von Sauerstoff höchstens 3—4 Min. zu entbehren, dann erlischt seine Reflexerregbarkeit und es stirbt. Eine grössere Lebenszähigkeit kommt den Embryonen der frühesten Lebensstadien zu, wie folgende 2 Beobachtungen zeigen. Bei einem vor 15 Min. geborenen, 15 cm langen, in den Eihäuten liegenden Embryo von etwa 4 Monaten konnte Z. deutliche Bewegung der Extremitäten durch Palpation constatiren. Als nach einer weiteren Viertelstunde die Eihäute geöffnet wurden, war weder spontane, noch Reflexbewegung zu beobachten, wohl aber prompte Reaction der Muskeln auf elektrische Reizung. Bei Eröffnung des für todt gehaltenen Embryo (1 Stunde nach der Geburt) waren noch kräftige Herzpulsationen vorhanden, die noch einige Minuten anhielten.

Eine ähnliche Beobachtung von noch grösserer Lebenszähigkeit eines, der Schätzung nach, 18—20 Tage alten menschlichen Eies hatte Pflüger bereits vor 16 Jahren zu machen Gelegenheit. Das ihm wenige Stunden nach der Ausstossung übergebene Ei hatte P. zwischen Uhrgläsern über Nacht im kalten Zimmer stehen lassen. Bei der am nächsten Morgen auf dem Objecttisch des Mikroskops vorgenommenen Eröffnung des Eies war P. nicht wenig erstaunt, das Herz, welches seinem Alter entsprechend noch einen Sförmig gekrümmten Schlauch darstellte, sich langsam contrahiren zu sehen. Alle 20—30 Sec. erfolgte eine Herzpulsation und diese dauerten in allmälig abnehmender Schlagzahl länger als eine Stunde. Der Eintritt des definitiven Herzstillstandes wurde nicht abgewartet. Es geht, sagt P., daraus hervor, »dass ein so verletzbares Geschöpf, wie der Mensch, in seinem allerjüngsten Zustande an Lebenstenacität kaum den niederen Thieren oder gar deren Keimen nachsteht — wie in morphologischer, so auch in functioneller Entfaltung seinen Stammbaum bezeugend«.

J. Munk (Berlin).

P. Baumgarten. Ueber das Offenbleiben fötaler Gefässe.

(Centralbl. für die med. Wissensch. 1877. No. 40 u. 41.)

Verf. tritt auf Grund eigner Untersuchungen der allgemein verbreiteten Ansicht entgegen, dass die fötalen Gefässe, also die Vena umbilicalis, der Ductus venos. Arantii, der Ductus arterios. Botalli und die Nabelarterien im erwachsenen Organismus vollständig obliterirt, in Bindegewebsstränge umgewandelt seien. In allen Fällen lasse sich die alte Gefässwand und öfters auch noch grossentheils Durchgängigkeit des scheinbar ganz obliterirten, aber in Wirklichkeit doch nur sehr verengerten Gefässrohres nachweisen. Nur die Nabelarterien liefen einige Centimeter weit vor der Anheftung an den Na-

bel in wirkliche Bindegewebsstränge aus, was daraus zu erklären sei, dass das Ende der Arterien bei Neugeborenen sich allmälig von dem Nabel in die Bauchhöhle retrahire. **A. Bidder** (Mannheim).

G. Bizzozero und **G. Salvioli.** Ueber den Bau und die Lymphgefässe der menschlichen serösen Häute.

(Centralbl. für die med. Wissensch. 1877. No 42 u. 43.)

Verff. haben gefunden, dass die bereits vor 3 Jahren von B. beschriebene (vergl. Centralbl. für Chir. 1874, No. 11, p. 170) Membrana limitans der menschlichen Serosa am Peritoneum diaphr. von vielen Löchern durchbrochen ist, welche mit den Lymphgefässen communiciren. Zwischen diesen und der Limitans liegt aber noch eine aus maschigem Bindegewebe gebildete »Unterstützungsschicht«. Aehnlich sind die Verhältnisse an der Pleura. Am peripherischen Theil der Pleura diaphr. ist die Limitans nicht mit Löchern besetzt, während in dem um das Centrum tendin. gelegenen Theile sich zahlreiche Löcher finden. Im Centrum selbst liegen die Lymphgefässe tiefer und sind durch eine dickere Bindegewebsschicht von der Grenzmembran getrennt, welche hier der Löcher wiederum entbehrt. An der Pleura costalis sind die Löcher zahlreich, an der Pleura pulmonalis sparsam »und kommen besonders an den Grenzlinien zwischen den Lungenläppchen vor«. Das Endothel überzieht in ununterbrochener Schicht die Limitans; die Zellen sind von verschiedener Grösse; die grösseren schicken unter und zwischen den benachbarten Zellen verlaufende Fortsätze aus. — Am Pericardium sind die Verhältnisse anders: hier ist die Limitans nur schwach oder gar nicht vorhanden, die mit den Lymphgefässen communicirenden Löcher fehlen.

A. Bidder (Mannheim).

W. Busch. Beitrag zur Kenntniss der Entstehung der Epithelialkrebse der Haut.

(Arch. für klin. Chirurgie 1877. Bd. XXI. Hft. 4.)

B. stellt die Ansicht auf, dass Hautkrebse in folgender Weise entstehen können: Die ersten hypertrophischen Epidermislagen, welche sich durch einen Reiz bilden, können vielleicht einen mechanischen Einfluss dahin ausüben, dass die neu sich bildenden Epithelien nicht, wie im normalen Zustande, nach der Oberfläche wachsen können, sondern gezwungen sind, ihr Wachsthum nach der Tiefe zu richten. Auch für die Recidive nimmt B. die gleichen Vorgänge an. Wenn Verf. also in einfachen Epithelwucherungen auf der äusseren Oberfläche der Haut die Anfänge der Epithelialkrebse sieht, so wird es kaum zu verwundern sein, wenn er dieses Krebsstadium durch einfache, locale, medicamentöse Behandlung heilt: die Hornschuppe wird mit einer Sodalösung abgeweicht, 1 Theil Soda genügt auf 100 Theile Wasser; ist sie sehr dick, so wird ihrem Dasein mit einer stärkeren

Lösung 1:40 ein Ende gemacht. Um Neuansammlungen zu verhüten, genügt das Waschen mit einer $^1/_2$ % Sodalösung. Ja selbst einige günstige Fälle von flachen Gesichtscarcinomen bei schon bestehender Geschwürsbildung heilte Verf. durch dieselbe Behandlung. Die Recidive nach gründlicher Exstirpation werden dann auch durch alkalische Waschungen der Narbe und Umgegend verhindert.

Ferner empfiehlt B., die Epithelwucherungen und Auflagerungen, welche sich zuweilen auf der Brustwarze älterer Frauen vorfinden, durch alkalische Umschläge zu entfernen und die Wiederansammlung derselben durch Waschungen zu verhüten. B. kann sich nämlich wohl denken, dass diese Massen eine Verstopfung der Drüsenausführungsgänge machen, dass ferner die angestauten Epithelmassen einen schädlichen Einfluss auf die rückwärts gelegenen Acini der Brustdrüse ausüben und unter Umständen auch zur Entwickelung eines Carcinoms führen können. **Maas** (Freiburg i/Br.).

G. Novaro. Del raschiamento e della cauterizzazione col bromo nella cura del cancro.

(Gazz. delle Cliniche, Torino 1877. No. 44.)

Verf. behandelte 4 Fälle von Carcinom durch Auskratzen mit dem scharfen Löffel und nachträgliches Auflegen von einer concentrirten, alkoholischen Bromlösung (1 : 3). Der erste Fall, ein ausgedehnter Gesichtskrebs, heilte durch diese Methode vollkommen aus. Freilich musste an einzelnen Stellen das Verfahren wiederholt werden. Bei einem Krebs am Oberschenkel musste schliesslich zur Exstirpation geschritten werden. In zwei Fällen von Uteruscarcinom wurde eine erhebliche Besserung erzielt. **Menzel** (Triest).

G. Calletti. Intorno all' uso dell' azotato di Plombo in alcune malattie chirurgiche.

(Raccoglitore med. 1877. No. 9.)

Verf. behauptet, mit dem salpetersauren Blei, welches bekanntlich kürzlich Vanzetti zur Heilung der Onychia maligna empfahl, drei Epitheliome geheilt zu haben und zwar speciell eines an der Nase, eines am Sternum und ein drittes an der Wange. Die Heilung erfolgte nach mehrmaligem (ca. 4) Aufstreuen des Pulvers. Auch zwei hartnäckige callöse Fussgeschwüre wurden durch dasselbe Pulver rasch geheilt. **Menzel** (Triest).

L. Tripier. Névralgie de la face avec zone épileptogène; Névrotomie et Ostéotomie combinées; Guérison.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 37.)

Verf. hebt hervor, dass es ihm gelungen sei, nachzuweisen, dass alle Nerven (sensitive, motorische und gemischte Fasern) sich

gegenseitig Nervenfäden an der Peripherie zusenden, was für einige motorische Nerven des Gesichtes schon von Anderen (Magendie) gezeigt worden sei. Man habe daher von einer »rücklaufenden Sensibilität« gesprochen, und sei dies für Neuralgien von grosser Bedeutung.

Der vom Verf. hierauf beschriebene Fall betraf einen 67 jährigen Beamten, mit heftigen neuralgischen Schmerzen an der rechten Gesichtsseite, insbesondere von der Gegend des Foramen infraorbit. ausgehend. Die Anfälle bestehen seit 3 Jahren, und kehren seit ca. 18 Monaten fast ununterbrochen wieder. Pat. bezeichnet insbesondere eine ca. 1 cm betragende Stelle in der Gegend der rechten Fossa canina als jene, von wo aus bei leisester Berührung ein Anfall zu provociren sei. Der Druck auf den Nerv. infraorbit. linderte etwas den Schmerz. Da die bekannten Hülfsmittel längst erschöpft waren, so entschloss sich T. zur Resection des Nerv. infraorbit. vor dem Gangl. Meckeli.

Da Pat. für die allgemeine Narkose zu schwach schien, so wurden vor der Operation nur Morphiuminjectionen und eine Kältemischung von Eis und Meersalz auf das Zahnfleisch angewandt. Incision innen am Zahnfleische, Abhebelung des Periostes, Resection des Nerven, sodann Excision eines dreieckigen Stückes aus dem Knochen, welches die obgenannte empfindliche Stelle an der Fossa canina mit einschloss, und womit gleichzeitig die Nervi dental. anterior., superior. und posterior. resecirt wurden.

Baldige Heilung; die neuralgischen Schmerzen sind seit der Operation nicht wiedergekehrt.

Schliesslich empfiehlt T. für Fälle von Neuralgien ein Medicament, das Aconitin (Azotas Aconitini crystallisat., Duquesnel), das nach Laborde einen Einfluss auf die Leitung in den sensitiven Nervenfasern haben soll. Laborde hat nämlich an aconitisirten Hunden, denen der Bulbus durchschnitten war, nachgewiesen, dass die Reflexactionen völlig aufgehoben sind, obwohl das medulläre Centrum irritabel bleibt.

T. meint, es könnte dies für die Praxis in zweifelhaften Fällen von Nutzen sein, um zu entscheiden, ob das Leiden central oder peripher sei.

Fr. Steiner (Wien).

H. Allen. The localisation of diseased action in the oesophagus.

(Philad. med. Times 1877. Bd. VIII. No. 258. p. 1.)

Auf Grund eines statistischen Materials von 56 Fällen, welche in obiger Arbeit in Kürze erwähnt sind und welche A. zum Theil aus seiner Praxis, grösstentheils aus amerikanischen und englischen Zeitschriften gesammelt hat, gestützt ferner auf genaue Studien am Krankenbett und an der Leiche, kommt A. ebenfalls zu der bereits feststehenden Anschauung, dass Fremdkörper, welche das erste Hin-

derniss im Oesophagus (die Stelle entsprechend der Cart. cricoid.) passirt haben, in der Regel an der Kreuzungsstelle des linken Bronchus mit dem Oesophagus stecken bleiben, seltener am untern Ende (Foram. oesoph. diaphr.). Dieselben Praedilectionsstellen gelten auch für die primären Erkrankungen (Ulcera, Tumoren, Stricturen etc.) des Oesophagus, welche der Häufigkeit nach in 1. Linie am linken Bronchus, in 2. an der Cart. cricoid. und in 3. am Foram. oesoph. ihren Sitz haben. Andrerseits finden fortschreitende oder von der Nachbarschaft (Schilddrüse, Aorta u. s. f.) vordringende Processe an den bezeichneten Stellen manchmal (6 Fälle von den obigen 56) ein Hinderniss. Von 10 in den Oesophagus gelangten Fremdkörpern blieben 3 an der Cart. cricoid., 4 am linken Bronchus, 2 am untern Ende und 1 entsprechend dem Arcus aortae stecken. Von 40 primären Erkrankungen hatten 10 ihren Sitz an der Cart. cricoid., 12 am linken Bronchus, 10 in dessen unmittelbarer Nähe, 8 am untern Ende. — A. berechnet die Länge des Oesophagus auf 10—11 Zoll. Der Bronchus sin. kreuzt sich mit dem Oesophagus entsprechend dem 4.—5. Brustwirbel. Von der Cart. cricoid. bis zur Bifurcation = $4^1/_2$—5″, von den zur Kreuzungsstelle des Bronchus = 1″; von hier zum Magen 4—5″; von den Zähnen zum Magen 15—16″, von den Zähnen zum linken Bronchus = $10^1/_2$″, von den Zähnen zur obern Umbiegung der Aorta = 9″, bis zur untern $10^1/_2$″. —

E. Fischer (Strassburg i/E.).

E. W. Sawyer. Affections of the nipple and breast incident to early lactation.

(The Chicago med. Journ. and Exam. 1877. Vol. XXXV. Dec.)

Ein längerer Vortrag, dessen Betrachtungen sich zumeist in allbekannten Geleisen bewegen. Bei Besprechung der Brustwarzenaffectionen (Erythema, Eczema, Fissuren) macht Verf. auf eine Form äusserst schmerzhafter Fissuren aufmerksam, welche, im Gegensatz zu den an der Circumferenz der Mamilla und diese theilweise amputirend vorkommenden, auf dem Gipfel derselben zwischen den conisch geschwellten papillären Elementen versteckt liegen und zu ihrer Auffindung einiger Sorgfalt bedürfen. Retrahirte und voraussichtlich für den Saugact nicht genügend prominente Warzen räth er schon 2 Monate lang vor der Entbindung mindestens 2 Mal täglich mit den Fingern hervorzuziehen und verschiebt die Anwendung von Pumpapparaten zu dem gleichen Zweck bis nach der Entbindung, um die Lactation nicht zu praematuriren. Als ätiologisch für die Mastitis erwähnt er u. a. den Verschluss der Milchgänge durch Klümpchen geronnener Milch sowie entzündliche Spasmen derselben und empfiehlt die Sondirung und Auspumpung solcher Gänge; alsdann sollen auch alle Verhältnisse und Manipulationen, wie z. B. das ungenügende anderweitige Aussaugen der Brüste bei Tod oder Absetzen

des Säuglings, welche die Production von Milch steigern: ohne dass für die entsprechende Entleerung gesorgt wird, zur Mastitis führen.

Verf. unterscheidet Glandulitis, Phlegmone mammae und als dritte Form die Combination beider Entzündungen. Der neueren namentlich von Billroth vertretenen Auffassung der Mastitis als einer inter- und periacinösen Lymphangitis und Phlegmone, welche wohl allemal aus der Invasion von phlogogenem Virus durch Continuitätstrennungen in der Epidermis der Brustwarzen resultiren dürfte, sowie der Ansicht, dass der Untergang einzelner Drüsenläppchen nicht so sehr als die Folge der Entzündung ihrer Substanz, sondern vielmehr als eine durch den Untergang des die Vasa nutritia führenden Bindegewebes bedingte Sequestration zu erachten sei, scheint der Verf. noch nicht näher getreten zu sein. Auch der Rath im Interesse der Drüsensubstanz nicht eher zu incidiren, als bis sich in der Oberhaut eine deutliche Abscessdelle präsentire, dürfte den Grundsätzen der modernen Chirurgie nicht ganz conform sein. **Langenbuch** (Berlin).

Bockenheimer. Zur Diagnose der Mediastinaltumoren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 35 und 36.)

B. berichtet drei Fälle, bei denen durch einen Mediastinaltumor vollständige Obliteration der Vena cava descendens eingetreten war. Die Diagnose fand B. zweimal durch die Section bestätigt, den dritten Fall konnte er nicht bis zum Tode beobachten. Der bei den drei Patienten fast ganz gleiche Symptomencomplex war kurz folgender:

Zuerst trat im Gesichte und am Halse ödematöse Schwellung auf, die Venen dieser Gegend waren strotzend erweitert, dabei klagten die Kranken über Beklemmungen, Eingenommensein des Kopfes und Ohrensausen. Die Glandula thyreoidea war stark geschwollen. Die Percussion ergab normale Verhältnisse, nur in der Regio infraclavicularis von der 2. Rippe 1 Zoll rechts vom Brustbein bis zu dessen Mitte und von da nach unten direct in die Herzdämpfung übergehend war matter und leerer Schall in der Ausdehnung von etwa einem Thaler- bis Fünfmarkstücke. Rechts war das vesiculäre Athmen von einem pfeifenden Geräusche begleitet. Im Verlaufe der Krankheit verbreitete sich die ödematöse Schwellung über die ganze obere Körperhälfte, der Herzstoss wird nach rechts fortgeleitet, der Radialpuls ist beiderseits isochron. Das Oedem ging später zurück, dagegen waren die Venen an den Bauchdecken mächtig erweitert und anastomosirten ausgedehnt mit denen der Brustgegend, das Blut in den Venen floss nach abwärts. Die Erscheinung wurde stürmischer, es trat Schwellung der Milz und der Leber ein, der chokoladenfarbige Urin hatte viel Eiweiss, und unter convulsivischen Erscheinungen trat der Tod ein. Der eine Kranke starb nach 8 Monaten, der zweite nach 4 Wochen. Die Section ergab beidemale eine etwa kindskopfgrosse, höckerige, aus mehreren Abschnitten zusammengesetzte Geschwulst, die am rechten Atrium mit dem Pericardium fest verwachsen

war, die obliterirte Vena cava descendens in sich eingebettet hatte und die Luftröhre comprimirte. Ausserdem Metastasen in allen Organen. Der Tumor war einmal ein melanotisches Carcinom, das andremal ein Medullarsarcom.

Dass die Dämpfung bei der Percussion kleiner war, als die Geschwulst, erklärt B. daraus, das die Lungenränder dieselbe an ihrer vorderen Partie zu zwei Drittel bedeckten. Die Diagnose wird neben der Percussion noch aus den Druckerscheinungen und den fortgeleiteten Herztönen gewonnen.

Der Collateralkreislauf, der sich im späteren Stadium der Krankheit gebildet hat, ist hauptsächlich dadurch bedingt, dass die Vv. vertebrales mit den Plexus spinales externi anastomosiren und hierdurch das Blut zu den Vv. intercostales und Vv. lumbales gelangen kann. Eine weitere Regulirung des Kreislaufes bei Verschluss der Vena cava descendens kann noch durch die Vv. azygos und hemiazygos vermittelt werden. **Urlichs** (Würzburg).

T. Holmes. On the results of the operation of excision of the hip.

(Med. times and gazette 1877. Nov. 3.)

H. betont die Wichtigkeit der Frage nach der Functionsfähigkeit der unteren Extremität bei Patienten, die im Hüftgelenk resecirt sind, im Vergleich zu solchen, bei denen die Krankheit spontan ausheilte. Nur Volkmann habe bis jetzt diesen Punkt berührt und behauptet, dass die Hüftgelenksresection keinen wesentlichen Einfluss auf das Wachsthum des Femur ausübe; doch theile er keine wirklichen Messungen mit. Verf. unternahm es daher, mehrere seiner früher operirten Patienten aufzusuchen und zu untersuchen.

1) 23jähriger Mann, vor 11 Jahren operirt. Das ganze rechte Bein abgemagert. Die Verkürzung von der Spina ilei anterior sup. bis zur Fusssohle gemessen, beträgt über 3 Zoll; davon kommen 2 Zoll auf den Oberschenkel, 1 Zoll auf den Unterschenkel (die ganze rechte Seite ist schlechter entwickelt, als die linke). Bewegungen in der Hüfte frei und schmerzlos. Pat. kann nicht stehen auf dem operirten Fuss, auch nicht hüpfen; er kann eine »ordinary distance« gehen ohne Beschwerde.

2) 18jähriges Mädchen, operirt vor 12 Jahren. Bein etwas abgemagert. Verkürzung $3^1/_2$ Zoll, sich beschränkend auf den Oberschenkel. Freie Flexion und Abduction im Gelenk, auch passive Bewegungen schmerzlos. Kann stehen auf dem operirten Bein und soweit gehen als sie will.

3) 15jähriges Mädchen, vor 13 Jahren operirt; eine Nachoperation (Sequestrotomie) mehrere Jahre später. Verkürzung der Extremität 2 Zoll, sich beschränkend auf den Oberschenkel. Entwickelung des Beines gut. Bei der Flexion geht das Becken in geringem Grade mit. Abduction und Extension frei, die Bewegungen sind schmerz-

los. Kann gut stehen auf dem operirten Bein, geht täglich 4 Meilen weit ohne Ermüdung.

In sämmtlichen Fällen ist unterhalb der Epiphysenlinie resecirt; in keinem Falle fand sich demnach eine Verkürzung, die auf ein Zurückbleiben des Wachsthums vom Femur bezogen werden müsste, vorausgesetzt, dass keine Reproduction von Knochen stattfand.

H. spricht sich gegen die subperiostale Methode der Resection aus, die weitere Incisionen verlange, als die gewöhnliche und in Folge der länger dauernden Manipulationen leichter zu heftigen Entzündungen Veranlassung geben könne. Was die Frage anbelangt, ob bei der subperiostalen Methode die Verkürzung der Extremität geringer ausfalle, betont er, Sayre gegenüber, dass die bis jetzt vorliegende Statistik, die den Zustand der Patienten vor der Operation und die Indicationen zu derselben meist vermissen lasse, zur Entscheidung nicht ausreiche.

Verf. behauptet in Bezug auf das schliessliche functionelle Resultat, dass die Bewegungen in einem resecirten Hüftgelenk, namentlich Extension und Abduction, allerdings freier und ausgiebiger seien, dass aber die Extremität nach spontaner Ausheilung mit Ankylose viel dauerhafter und kräftiger wird. Man könne auch nicht sagen, dass die indicatio vitalis gewöhnlich die Operation erheische; denn in den Fällen von Coxitis, wo man nicht auf Naturheilung rechnen könne, helfe auch die Operation meist nichts mehr, und auf der anderen Seite komme in den meisten Fällen dieser Krankheit, zumal wenn sie nicht auf constitutioneller Basis beruht und das Allgemeinbefinden gut bleibt, eine Spontanheilung zu Stande, freilich oft sehr spät; ein Grund, der in der Spitalpraxis oft zur Operation drängt, während in der Privatpraxis, wo die Möglichkeit einer sehr langen, sorgfältigen Pflege gegeben ist, die Operation fast nie gemacht werde.

Verf. wendet sich sodann gegen Sayre, der die Operation subperiostal, wenn nöthig bis weit unter dem grossen Trochanter ausführt, die Nachbehandlung im Extensionsverband leitet, die Operation für überhaupt ungefährlich hält und behauptet, dass seine Patienten unmittelbar nach der Operation an eine Wand gelehnt stehen oder bequem spazieren fahren können. Letzteres hält H. für starke Uebertreibung, und da Reproduction von Knochen auch in Fällen vorkomme, wo das Periost nicht geschont ist, Sayre auch keine detaillirten und bestimmten Angaben hierüber mache, so hält er an der alten Methode fest.

Schliesslich warnt H. davor, die bekannte Leisrink'sche Statistik mit 65 % Todesfällen und die Sayre'sche mit 25 % als irgendwie gültig anzuerkennen; er betont, dass die erstere zur Entscheidung der Frage von der Gefährlichkeit der Hüftgelenksresection überhaupt unbrauchbar ist, da erstens alle Fälle, in denen Fisteln zurückbleiben, weggelassen sind und zweitens viele Fälle mit gerechnet, in denen der Tod durch den fortschreitenden Krankheitsprocess eintrat. Verf. hält überhaupt jede Statistik über Hüftgelenksresectionen für

unbrauchbar, so lange nicht die ganz genaue Geschichte der einzelnen Fälle vor der Operation mit hinzugefügt werde. An sich wäre auch die Differenz zwischen Leisrink und Sayre ganz unerklärlich, wenn man nicht wüsste, dass in den Fällen des Ersten die Operationen ziemlich spät, in denen des Letztern immer sehr frühzeitig ausgeführt wurden. Die Angaben von Volkmann über die schliessliche Brauchbarkeit der resecirten Hüftgelenke sind ihm auffallend, da alle die von ihm operirten Fälle, die zur Heilung kamen, schnell und schmerzlos ohne Stütze gehen konnten.

H. Wildt (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

Verneuil. Des blessures chez les Alcoolo-Diabétiques.
(Gaz. hebdom. 1877. No. 42.)

V. erörtert, auf Grund von zwei einschlägigen Beobachtungen, den Einfluss von combinirten, constitutionellen Erkrankungen auf den Verlauf von Verletzungen.

In dem einen der von V. mitgetheilten Fälle bekam ein 55jähriger Weinhändler, starker Potator und an Zuckerharnruhr leidend, nach einem unbedeutenden Stich in den Mittelfinger der rechten Hand eine jauchige Phlegmone des Vorderarmes und ging daran zu Grunde; im zweiten Falle hatte ein 54jähriger Weinhändler, Potator und Diabetiker, nach einem Schlag auf die Vorderfläche der Tibia, eine ausgedehnte, gangränöse Phlegmone des Unter- und Oberschenkels bekommen, an der er starb.

V. warnt vor jeglichem chirurgischen operativen Eingriffe bei derartig Kranken.

Er führt einen Fall an, wo bei einem 48jährigen Individuum, mit der obgenannten constitutionellen Krankheitscombination, die einfache Untersuchung der Harnblase mit der Steinsonde, durch rasche Verschlimmerung der bestehenden Cystitis und Nephritis, zum Exit. letalis führte.

V. kommt zu den nachfolgenden Schlüssen:

1) Das gleichzeitige Bestehen von Diabetes und Alkoholismus, bisher wenig studirt, scheine nicht selten vorzukommen.

Die Lebensweise der Diabetiker lasse theilweise das Zusammentreffen dieser beiden Krankheiten erklären.

Die Kenntniss, dass die beiden Erkrankungen combinirt vorkommen können, könnte einige dunkle Punkte in der pathologischen Anatomie und Prognose des Diabetes erklären, da gewisse krankhafte Zustände mehr oder weniger nur ausnahmsweise beim Diabetes sich vorfinden, die zweifelsohne auf Rechnung des Alkoholismus zu setzen sind, und da gewisse üble Ausgänge des Diabetes vielmehr dem Alkoholismus zuzuschreiben seien.

Diabetes und Alkoholismus, jedes Leiden für sich betrachtet, scheinen in vergleichsfähiger Weise auf den Gang von Verletzungen einzuwirken, und sehr analoge Zufälle herbeizuführen. Es ist wahrscheinlich, dass der Alkoholo-Diabetismus die Prognose ungünstiger stelle, woran insbesondere der Alkoholismus die Schuld trägt.

Wenn man einen Diabetiker zu behandeln hat, so ist stets darauf zu sehen, ob nicht gleichzeitig Alkoholismus da ist. Wenn nicht, so wird man das Eintreten dieser Combination zu verhindern trachten; ist aber Beides da, so sind alle operativen Eingriffe, ja selbst die blosse Untersuchung und sonstige Manipulationen mit Instrumenten möglichst zu beschränken. **Fr. Steiner** (Wien).

G. Cavattani. Il transfusioni di sangue.
(Gazz. med. ital. Ven. 1876. No. 53.)

Ein 25jähriges Mädchen, welches, wie sich später aus der Section ergab, an Lebercirrhose und consecutiv an sehr heftigen Uterusblutungen litt, wurde der

Gegenstand zweier Transfusionen, welche jedesmal den Collaps der Kranken bedeutend hoben, und die Blutung aus dem Uterus zum Stehen brachten. Die Kranke starb 16 Tage nach der zweiten Transfusion. **Menzel** (Triest).

A. Burckhardt-Merian. Fall von Fibrosarcom des inneren Ohres, ausgehend von der Dura mater.

(Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XIII. Hft. 1.)

Der von B. beobachtete Tumor ging von der Dura mater dicht über der Einmündungsstelle des Sinus petrosus inferior in die Fossa jugularis aus und erstreckte sich als rundlicher Strang durch den erweiterten Aquaeductus cochleae unter den Boden des Meatus anditorius internus, an welcher Stelle er sich in zwei Aeste theilt. Der rechte Ast geht in das durch Usur und partielle Sprengung erweiterte Vestibulum. Die Wand des Promontoriums ist an zwei Stellen durchlöchert, im mittleren Ohr finden sich diesen Stellen entsprechende polypöse Excrescenzen, eine derselben erstreckt sich $1^1/_2$ cm weit in die Tuba. Der linke Ast verläuft als rundlicher Strang unter den Boden des Meatus auditorius internus zur Carotis interna, mit deren Adventitia er verwachsen ist, von hier ab umhüllt er als membranöser Ueberzug den inneren und oberen Theil der partiell nekrotisch isolirten Schnecke. Ueber dem Meatus giebt er einen dünnen Strang zur Dura ab. Der Sinus petrosus superior ist durch einen bindegewebig degenerirten Thrombus fest obliterirt.

Aus der Krankengeschichte heben wir hervor, dass wegen ungeheurer Schmerzen, die den Kranken bis zu einem Selbstmordversuch getrieben hatten, und da dringender Verdacht auf Eiterretention im Antrum mastoideum vorlag, die Perforation des Warzenfortsatzes versucht wurde, doch fand sich derselbe, wie die Section bestätigte, vollständig sclerosirt, das Antrum mastoideum hatte kaum die Grösse einer Erbse. **Th. Kölliker** (Würzburg).

Oudin. Perforation de la voute cranienne par arme à feu, expériences sur les battements du cerveau.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1877. No. 12.)

Bei einem Kranken, der eine Schussverletzung des Schädels mit Blossliegen der nicht verletzten Dura hatte, machte O. Versuche über die Pulsation des Gehirnes. Die Beobachtungen geschahen durch Einführen eines graduirten Glastubus in die Wunde, in welche einige Tropfen einer 1% Chlorallösung gebracht wurden.

Es liess sich an dem Kranken constatiren:

1. Dem Pulse isochrone Pulsation des Gehirnes.

2. Durch die Respiration veranlasste Pulsationen und zwar Steigen der Flüssigkeitssäule während der ganzen Dauer der Exspiration, sowie am Schlusse tiefer Inspirationen, Fallen während der normalen Inspiration.

Versuche, nachdem der Kranke in Chloralschlaf versetzt worden war, ergaben, dass die Amplitude der Oscillationen dabei bedeutend herabgesetzt worden. **Th. Kölliker** (Würzburg).

E. Colson. Aneurysm of the external carotid artery.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 271.)

Der 48jährige Landmann bemerkte seit 3 Monaten eine ohne nachweisliche Ursache entstandene Geschwulst unter dem linken Kieferwinkel, die jetzt nach 3 Monaten orangengross, den oberen seitlichen Theil des Halses einnahm und deutlich pulsirte. Bei der Auscultation hörte man ein lautes Geräusch; Pat. klagte besonders über andauernden heftigen, zum Ohre hin ausstrahlenden Schmerz und über die Unmöglichkeit auf der linken Seite liegen zu können. Da die Geschwulst im Hospitale schnell wuchs, sich an einer Stelle zuspitzte, die Schmerzen immer unerträglicher wurden, so wurde die Carot. comm. 1" über der Clavicula mit Seide unterbunden. Sogleich erlosch im Aneurysma der Puls, dasselbe wurde kühl, die bestehenden Schlingbeschwerden nahmen anfangs zu, nach wenigen Tagen ab. Die Ligatur fiel am 18. Tage. Volle Heilung.

Pilz (Stettin).

C. Mazzoni. Estirpazione completa dell' omoplata destro. Mit Abbildung.

(Sep.-Abdruck aus: Gaz. med. di Roma A. III. No. 6.)

Ein 29jähriger kräftiger Mann bekam in Folge einer Unterleibskrankheit (? Ref.) eine schmerzhafte Schwellung der rechten Schulter; es kam zu Incision und Contraincisionen, zuletzt zur Resection des Kopfes und Halses des Humerus. Mit noch bestehenden Fisteln kam nun Pat. in M.'s Behandlung. Dieser erweiterte die Fisteln an der Rückseite der Schulter zu explorativen Zwecken; er fand die ganze Scapula nekrotisch, und konnte nach Anlegung eines langen horizontalen Schnittes über die ganze Breite der Scapula den ganzen Knochen ausschälen. — Heilung in 70 Tagen mit vollständiger Gebrauchsfähigkeit des Vorderarms und der Hand. — Anschliessend stellt M. aus der Literatur noch 22 Totalexstirpationen der Scapula zusammen; von diesen waren indicirt: durch Schussverletzung 1, Caries 2, Nekrose 1, Enchondrom 3, Osteofibroid 1, Sarcom 14. Von diesen starben 6 binnen Kurzem, 5 in Folge von Recidiven nach einigen Monaten.

Escher (Triest).

F. Jordan. Two peculiar varieties of hydrocele of the cord.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 537. — Roy. med. a chir. soc.)

Verf. beobachtete zwei Formen der abgekapselten Hydrocele des Samenstranges. Bei der ersten bestand ein Zusammenhang mit der Bauchhöhle durch einen langen feinen Gang, bei der zweiten endigte eine feine canalartige Fortsetzung blind in der Nähe des äusseren Leistenringes; die Hydrocele hing also nicht mit der Bauchhöhle zusammen. Im ersten Falle wurde eine Bandage ohne Erfolg getragen, im zweiten führte 2—3malige Acupunctur zur Heilung.

Pilz (Stettin).

G. Chiarleoni. Effetti di un attorti gliamento del cordone ombellicale intorno alla gamba di un feto.

(Gazz. med. ital. 1877. No. 51.)

Ein reifgeborner Knabe zeigt am rechten Unterschenkel, wenige Centimeter unter dem Knie eine kreisförmige Furche, welche bis auf den Knochen reicht. Das periphere Stück des Unterschenkels ist ödematös, doch nur wenig verkürzt. Der rechte Fuss ist jedoch erheblich weniger entwickelt, als der linke. Bewegungen im Fusse oder in den Zehen werden nicht ausgeführt. Ursache dieser Furche war eine Nabelschnurschlinge. Die Zeit des Beginnes der Constriction dürfte dem Anfange des 8. Foetalmonates entsprechen. **Menzel** (Triest).

R. di Fede. Allacciatura delle arterie femorale superficiale e femorale commune.

(Giornale di medicina militare 1877.)

Ein 21jähriger Soldat erhielt bei den Manoeuvren einen Schuss durch den rechten Unterschenkel (oberes Drittel). Unmittelbar darauf starke Hämorrhagie. Die Blutung erneuerte sich wiederholt nach zwölf Tagen. Ligatur der Femoralis im unteren Winkel des Scarpa'schen Dreiecks. Zwanzig Tage darauf neuerdings Blutungen aus der Wunde (a. tibialis post.). Unterbindung der Cruralis unter dem Poupart'schen Bande. Neun Tage später Blutung aus der Ligaturstelle (centrales Ende); welche nach halbstündiger Digitalcompression dauernd steht. Der Mann wurde vollkommen geheilt. **Menzel** (Triest).

Lawrence. Dislocation of the right femur into the obturator foramen in a child.

(The Lancet 1877. Vol. II. No. 13.)

Ein $4^1/_2$jähriger Knabe kam hinkend in's Zimmer, den Oberkörper so tragend, dass das rechte Bein erheblich verlängert erschien; gleichwohl waren die be-

schränkten Bewegungen des Beines von Beckenbewegungen unabhängig. Die Untersuchung ergab: das abducirte Bein ist nach rückwärts gelagert, Adduction und Flexion sind behindert, Rotation unmöglich; das rechte Bein ist 2″ länger als das Gesunde; am Orte des For. obturat. fühlt man eine bedeutende Fülle und Resistenz, der rechte Troch. maj. fand sich nach innen und unten von der leeren Gelenkpfanne; endlich war die Entfernung von der Spin. ant. sup. zum Troch. maj. rechts grösser als links. Zur Reduction wurde nach Fixirung des Beckens das rechte Bein abducirt, dann flectirt und nun kräftig von innen nach aussen rotirt. Während der obere Theil des Oberschenkels durch eine Schlinge stark nach aussen und oben gehalten wurde, senkte man unter leichtem Anzuge den Schenkel abwärts; unter leichtem Crepitationsgefühl glitt der Kopf in die Pfanne. Sogleich waren alle Bewegungen möglich, die Kniescheiben standen in gleicher Höhe; Lagerung auf langer Hinterschiene. 2 Monate nach der Reposition ging Pat. bequem mit einem Stocke umher. Die Luxation war 6 Wochen vorher dadurch entstanden, dass Pat. von einem Gespielen 1 Fuss hoch von einer Thürstufe heruntergestossen wurde; nähere Umstände waren nicht zu ermitteln. Pat. war nach dem Unfall hinkend nach Hause gegangen. **Pilz** (Stettin).

H. Wardner. Intra-capsular Fracture of the neck of the femur. Recorery.

(The Chicaga med. Journ. and Exam. 1877. Vol. XXXV. Dec.)

Ein 14½jähriger Bursche von zarter Constitution war einen Abhang hinabfallend auf seine Füsse niedergeschlagen und empfand sofort einen heftigen Schmerz in der rechten Hüfte. Nur mit Mühe konnte er nach Hause gehen, humpelte aber noch 24 Tage lang leichte Arbeit verrichtend umher, bis sich eines Morgens beim Verlassen des Bettes das rechte Bein im Betttuch verwickelte und sich nach einer forcirten Anstrengung behufs Befreiung desselben zu erneuerter heftiger Schmerzhaftigkeit und zu dem Gefühl einer plötzlichen Verrenkung absolute Gebrauchsunfähigkeit des Beines hinzugesellte. W. konnte die Symptome einer bisher eingekeilten intracapsulären Schenkelhalsfractur constatiren. Gute Heilung nach 55tägiger Extensionsbehandlung. **Langenbuch** (Berlin).

A. T. Norton. Aneurism of popliteal artery; ligature of femoral artery etc.

(Brit. med. Journal 1877. Vol. I. p. 269. — Clinical soc.)

Bei einem 40jährigen Manne waren Hyperflexion und Turniquet-Anlegung an der Femoralis vergeblich zur Behandlung des Popliteal-Aneurysma angewandt worden. Ligatur der Femoralis mit Catgut führte zum Ziele. Am 9. Tage war die arterielle Circulation im Unterschenkel und Fusse vorhanden. Am 11. Tage wurde Pat. plötzlich bewusstlos und starb bald. Die Section zeigte die Basilaris bis zur Theilungsstelle und die rechte Vertebralis auf 1″ lang mit einem festen, weissen Blutgerinnsel erfüllt; alle grösseren Gehirngefässe atheromatös; Gehirnsubstanz normal. Atheromatie der Aorta und der Valv. mitr. In der Femoralis, ¾ über und ½ unter der Ligaturstelle, ein fester, adhärenter Thrombus; vom Catgut keine Spur; die Intima war vom Faden durchtrennt worden. Das verkleinerte Aneurysma von festem Blutgerinnsel erfüllt; die Ven. fem. normal. Die Valv. mitral. soll nach N. das Gerinnsel für die Basilaris geliefert haben.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 12. **Sonnabend, den 23. März.** **1878.**

Ueber Carbolsäure-Injectionen nach Hüter.

Von
Professor **Ferd. Petersen** in Kiel.

Nachdem Hüter seine parenchymatösen Carbolsäure-Injectionen in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie empfohlen hatte, habe ich vielfach in vorkommenden, mir geeignet scheinenden Fällen von dieser Curmethode Gebrauch gemacht. Ich habe in derselben ein sehr schätzenswerthes Mittel kennen gelernt und halte sie für eine hoch anzuschlagende Bereicherung unserer Therapie bei chronischen Gelenk- und Knochen-Entzündungen. Nur darf man natürlicherweise nicht glauben, darin eine Panacee gefunden zu haben, so manche Fälle trotzen dieser wie jeder anderen Behandlung. Die ersten Versuche, welche ich mit dem Mittel machte, waren keineswegs ermuthigend, in einigen Fällen war gar kein Erfolg zu bemerken, in anderen trat gar Verschlimmerung ein, wie ich überzeugt bin, nicht in Folge der Injectionen, sondern trotz derselben.

Ich habe mich jedoch durch die anfänglichen Misserfolge nicht abschrecken lassen, sondern immer wieder von Neuem Versuche gemacht und bin zu dem anfangs erwähnten Resultat gekommen. Unter den erfolgreich behandelten Fällen möchte ich besonders drei hervorheben.

In dem ersten Falle handelte es sich um seit 12 Wochen bestehende, mässig schmerzhafte, mit nicht sehr beträchtlicher Schwellung einhergehende Ellbogengelenks-Entzündung bei einem 7jährigen, sonst gesunden Knaben. Die Entzündung war, bevor Patient in meine Behandlung kam, lange Zeit consequent mit Gypsverbänden und Eis behandelt worden, ohne den mindesten Erfolg. Ich leitete alsbald die Hüter'sche Behandlung ein und injicirte zuerst jeden andern, später jeden dritten Tag eine Pravaz'sche Spritze voll 2% Carbol-Lösung in das Gelenk. Die Injectionen machten dem Patienten stets heftige Schmerzen[1]. Nach 4 Wochen trat an der Aussenseite des Gelenks ein periarticulärer Abscess auf, der sich spontan öffnete. Die Injectionen wurden vorläufig ausgesetzt, später der Abscess weiter gespalten, ausgekratzt und gelistert. Als nach einigen Wochen der Abscess ausgeheilt war, konnte man von Entzündungs-Erscheinungen nichts mehr wahrnehmen. Nur waren die Bewegungen des Gelenks in geringem Grade beschränkt, weshalb Massage und passive Bewegungen verordnet wurden. Nachher habe ich den Patienten aus dem Gesichte verloren, darf aber aus dem Umstand, dass er sich nicht wieder vorgestellt hat, schliessen, dass die Heilung von Bestand geblieben ist.

Der zweite Fall betraf ein junges Mädchen von 17 Jahren, welches seit 4 Jahren an einer wahrscheinlich von der Handwurzel ausgegangenen Handgelenks-Entzündung litt. Als Patientin im August v. J. in meine Behandlung kam, war die spindelförmige Schwellung der Handgelenksgegend eine sehr beträchtliche. Die Kapsel und die Carpalgegend waren äusserst druckempfindlich, ebenso machte leichter Druck der Gelenkflächen gegen einander sehr heftige Schmerzen. Wenn das Mädchen nicht sonst gesund gewesen wäre, dann hätte ich nur die Amputation in Betracht gezogen, so glaubte ich mit der Resection auskommen zu können, wollte aber vor jeder Operation einen Versuch mit Carbol-Injectionen machen. Der Erfolg war in Anbetracht der Schwere der Entzündung ein brillanter. Es wurde zuerst jeden anderen Tag, dann jeden dritten, später noch seltener 1 g 2% Carbol-Lösung in das Gelenk und in den Carpus in der Nähe des Gelenkes injicirt. Schon nach 6 Tagen trat merkliche Besserung ein und allmälig verschwand die Druckempfindlichkeit vollständig. Anfang Januar fing Patientin an, ihre Hand zu gebrauchen, jetzt (im Februar) behauptet sie, »Alles damit machen zu können«. Eine ganz geringe Schwellung ist noch vorhanden, ebenso eine sehr geringe Druckempfindlichkeit bei starkem Druck auf die Dorsalgegend des Os lunatum. Bewegungen sind wenig beschränkt, vollkommen schmerzlos.

Der dritte Fall zeigt auf das Eclatanteste die Gefahrlosigkeit und Unschuld, wenn ich so sagen darf, der Carbol-Injectionen.

Ein 11jähriges Mädchen litt (ausser an einer scrophulösen Ostitis des rechten Trochanters) an einer Synovitis des linken Fussgelenkes. Seit $1/2$ Jahr bestand an der Aussenseite des Gelenks vor dem Malleolus eine Fistel, durch welche man aber weder in das Gelenk, noch auf rauhen Knochen kam. Die Kapsel war stark geschwollen, besonders am Malleolus externus, stärkere Bewegungen empfindlich, der Knochen, wie es schien, intact. Anfang der Behandlung am 9. Oct. v. J.,

[1] Die Schmerzlosigkeit der Injectionen kann ich überhaupt nicht für alle Fälle bestätigen. Ich habe mir selbst einmal eine Injection in die Nähe des Schultergelenks gemacht und konnte in Folge dessen die ganze Nacht vor Schmerzen nicht schlafen, behielt auch für mehrere Tage eine anfangs nicht unbedeutende Druckempfindlichkeit an der betreffenden Stelle.

Ende in der ersten Hälfte des Januar, zu welcher Zeit die Empfindlichkeit vollständig verschwunden war. Die Patientin wurde ambulant behandelt. Sie kam jeden dritten Tag zu Fuss aus der Schule in meine poliklinische Sprechstunde, erhielt ihre Carbol-Einspritzung (1 g 2% Lösung) in das Fussgelenk und ging sofort wieder in die Schule. Ueber Schmerzen nach der Einspritzung hat sie nie geklagt. Obgleich also in diesem Falle nach der Injection nie Ruhe beobachtet wurde, sah ich doch nie auch nur den mindesten Nachtheil bei solchem Verhalten. Das Leiden besserte sich im Gegentheil, wenn auch nur langsam; wie man letzteres auch nicht anders erwarten konnte.

Die vorstehenden drei Fälle schienen mir mittheilenswerth zu sein, und zwar der erste, weil die Injectionen in relativ kurzer Zeit zur Heilung führten, während eine sonst durchaus rationelle Behandlung, selbst längere Zeit consequent angewendet, vollständig erfolglos blieb; der zweite, weil er, obgleich scheinbar hoffnungslos, doch durch die Einspritzungen zur Heilung gebracht wurde, ebenfalls nach relativ kurzer Behandlung, der dritte endlich, weil er zeigt, wie unschädlich intraarticuläre Carbol-Injectionen sind.

Kiel, im Februar 1878.

R. Fleischer. Untersuchungen über das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut.

Habilitationsschrift. Erlangen 1877. 81 S.

Den experimentellen Untersuchungen geht eine übersichtliche Zusammenstellung und kritische Sichtung der sehr umfangreichen Literatur über die Hautresorption voran. Auf Grund von eigenen Experimenten, die unter Anwendung der neuesten, speciell für den vorliegenden Zweck sinnig herbeigezogenen Methoden, so u. a. Mosso's Plethysmographen, und, wie es scheint, exact angestellt sind, kommt F. im Wesentlichen zu folgenden Schlüssen: Eine Diffusion von reinem Wasser und von in demselben gelösten Stoffen (Natronsalicylat, Jodkali, indigschwefelsaures Natron) durch die intacte menschliche Oberhaut findet nicht statt, 2) ebenso wenig ist eine Resorption von flüssigem Alkohol und in demselben gelösten Substanzen (Jod, Jodkali, Salicylsäure, Natronsalicylat) nachweisbar. 3) In Salbenform auf die intacte Haut applicirte Stoffe (Jodkali, Veratrin, Morphin, Chinin) werden nicht resorbirt. 4) Eine Wanderung von Quecksilberkügelchen durch die Haut findet nicht statt. Dagegen ist eine Aufnahme des in fein vertheiltem Zustande mit der grauen Salbe applicirten Quecksilbers nach der Umwandlung in Sublimat (durch das Kochsalz des sauren Schweisses) sehr wahrscheinlich.

J. Munk (Berlin).

Waitz. Die chirurgische Klinik des Herrn Geh.-Rath Prof. Dr. Esmarch an der Königl. Universität zu Kiel 1875.

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 3, p. 601 und Hft. 4, p. 789.)

Der Jahresbericht umfasst das erste Jahr, in dem der Lister'sche Verband Anwendung gefunden hat. Selbstverständlich kamen

im Anfange noch Versehen hier und da vor, die den Wundverlauf störten. — Die antiseptische Gaze wird im Krankenhause selbst dargestellt. — Es wurden 536 Patienten behandelt, davon starben 42. Erysipelas (früher ungemein häufig) trat in 12 Fällen († 4) auf, Septikämie und Pyämie in 6 Fällen, Tetanus in einem Falle. Was die Einzelheiten des ausführlichen und interessanten Berichts anbetrifft, so müssen wir auf das Original verweisen. Besonders machen wir auf die zahlreichen Geschwülste und deren operative Behandlung aufmerksam. Amputationen und Exarticulationen wurden 32 ausgeführt (5 †), Resectionen 22 (5 †). **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

A. Genzmer und **R. Volkmann.** Ueber septisches und aseptisches Wundfieber.

(Sammlung klin. Vorträge No. 121.)

Die von den Verff. gemachten Beobachtungen bei Lister'scher antiseptischer Wundbehandlung haben dahin geführt, neben dem bisher bekannten septischen Wundfieber noch eine andere Kategorie von febrilen Temperatursteigerungen bei Verwundeten anzunehmen, welche ohne Concurrenz septischer Ursachen, also bei völlig aseptischem Wundverlauf, zu Stande kommen kann. Sie nennen diese Art von Fieber im Gegensatz zu dem ersteren »aseptisches« Wundfieber.

Als Ursachen dieser Art von Temperatursteigerung haben sie eine Reihe leichterer Störungen beobachtet, welche den aseptischen Heilungsprocess der Wunden häufig begleiten, ohne jedoch dadurch den Erfolg der antiseptischen Behandlung zu beeinträchtigen, z. B. die Bildung kleiner Abscesse in den Stichcanälen der Nähte, Ansammlung von Secret bei zu früh abgebrochener Drainage, reichlichere, wenn auch aseptische Secretion, Absterben der Wundränder und anderer Gewebspartien, Reizung der Haut durch die paraffin- und harzhaltige Carbolgaze, auch individuelle Empfindlichkeit gegen den Contact der Luft und die in ihr enthaltenen Zersetzungserreger beim Verbandwechsel. Neben Fällen dieser Art kam aber in der Halle'schen Klinik noch eine grosse Anzahl von Kranken zur Beobachtung, bei denen ein aseptisches Fieber von grösserer oder geringerer Intensität auftrat, ohne dass irgend welche Abweichung vom normalen Verlauf nachweisbar war. Bezüglich der Häufigkeit dieser Fieberform geben die Verff. approximativ an, »dass von 1000 correct und mit vollem Erfolge aseptisch behandelten Schwerverwundeten oder Schweroperirten nur ein Drittel gar nicht, das zweite mässig, das letzte jedoch hoch fiebert.«

Wenn sich auch die zuerst von Billroth und C. O. Weber aufgestellte Theorie des (septischen) Wundfiebers — wonach dasselbe immer durch Aufnahme toxischer, zersetzter, putrider Stoffe aus den Wundflüssigkeiten in's Blut entsteht — durch die klinische Erfahrung in

soweit bestätigt hat, dass es in der That durch antiseptische Wundbehandlung gelingt, das gewöhnliche Wundfieber hintanzuhalten, so lehren doch die von G. und V. gemachten Erfahrungen, dass es irrthümlich ist, anzunehmen, der aseptische Heilungsverlauf der Wunden müsse hiernach immer ein afebriler sein oder, wenn Fieber und zumal höhere Temperaturen bei antiseptischer Behandlung auftreten, sei das antiseptische Experiment als nicht gelungen zu betrachten. Patienten, die andauernd und hoch fieberten, liessen bei der Untersuchung der Wunde häufig nicht die geringste örtliche Reaction wahrnehmen.

So verschieden, wie die Ursachen dieser beiden Wundfieberformen sind, so verschieden gestalten sich auch ihre klinischen Symptome. Abgesehen davon, dass beim septischen Fieber immer die entsprechenden septischen Veränderungen an der Wundoberfläche sich finden (Zersetzung der Wundsecrete, Entwicklung von Fäulnisserregern u. s. w.), sind für diese Fieberform namentlich die begleitenden allgemeinen Intoxicationserscheinungen charakteristisch, insbesondere die Wirkung der aufgenommenen Stoffe auf die Nervencentra: das subjective Krankheitsgefühl, die Benommenheit des Sensoriums, bei echter Septikämie gesteigert bis zum Sopor, die Somnolenz oder Apathie, die Abnahme der geistigen Energie, Hallucinationen, bisweilen ein förmlich rauschartiger Zustand, Prostration der Kräfte und in weiterer Folge Störungen der Verdauungsthätigkeit und des Appetits. — Alle diese Erscheinungen fehlen da, wo es sich um die rein aseptische Form handelt. »Die Temperaturerhöhung ist jedenfalls das einzige auffällige klinische Symptom, Kranke mit 39 und 40° und selbst darüber gehen umher, unterhalten sich, zeigen sich gesprächig und aufgeräumt, rauchen, spielen Karte, Kinder findet man bei der gleichen Temperatur spielend, Frauen und Mädchen nähend oder strickend im Bette sitzend

Der Appetit solcher Pat. ist fast nie gestört, die Zunge nie trocken und belegt, ausser bei Chloroformgastricismen, der Durst war öfter etwas vermehrt. Die Haut fühlt sich nie so heiss an, als die thermometrische Messung angiebt; sie ist stets feucht, und nicht selten mit reichlichem Schweiss bedeckt. Der Harn wird meist in reichlicher Menge gelassen; die Chloride sind (im Gegensatz zum septischen Fieber) nicht vermindert, der Harnstoff meist entsprechend der Fieberhöhe vermehrt. Der Stuhlgang ist häufiger diarrhoisch, als angehalten. Der Gewichtsverlust des Körpers ist, selbst wenn Temperaturen von nahezu 40° 6 bis 8 bis 14 Tage lang bestanden hatten, meist auffallend gering, was sich am besten aus der relativen Integrität der Verdauungsthätigkeit erklären dürfte.

In prognostischer Beziehung entbehrt das aseptische Fieber irgend welcher Bedeutung. In mehr als 100 Fällen der intensiveren Form sind weder nachträglich örtliche Störungen, noch irgend welche schwerere Allgemeinleiden (Pyämie und Septikämie) beobachtet worden. Man kann daher (bei sonst antiseptischem Verlauf) ohne die

geringste Sorge zusehen, dass Schwerverletzte und Schweroperirte, 6—8 Tage lang und darüber Morgentemperaturen von 38,5 bis 39,5° und Abendtemperaturen von 40° und mehr darbieten.

Die Dauer des aseptischen Fiebers schwankt in der Mehrzahl der Fälle zwischen 3,5 und 7 Tagen; ausnahmsweise erreicht sie 14 Tage und darüber. —

Neben dem reinen aseptischen Fieber kommen sehr häufig Uebergänge und Mischformen zwischen septischem und aseptischem Fieber vor. Dies erklärt sich aus der häufigen Gleichzeitigkeit der beiden zu Grunde liegenden Ursachen. Gerade bei antiseptischer Wundbehandlung werden durch die Concurrenz minimaler, ausserordentlich beschränkter Zersetzungsvorgänge in der Wunde, die übrigens den Heilungsverlauf und das Allgemeinbefinden in keiner Weise zu stören brauchen, solche nicht ganz reinen aseptischen Fieber relativ häufig beobachtet. —

Bei offener Wundbehandlung sind Fälle von reinem aseptischen Fieber selten. Einmal wurde nach einer doppelseitigen partiellen Fussamputation, bei der die Wunden prima intentione heilten, bei völlig ungestörtem Allgemeinbefinden 16 Tage lang ein gleichmässiges Fieber von Morgens über 39° und Abends über 40° beobachtet. — Weit häufiger sind aber aseptische Fieber bei subcutanen Verletzungen z. B. schweren Contusionen der Gelenke und namentlich bei Knochenbrüchen. Von 14 mit dem Thermometer regelmässig gemessenen Patienten mit subcutanen Oberschenkelfracturen wurden nur 3 fieberfrei gefunden; bei 6 der übrigen überstieg die Temperatur nicht 38,9°, bei den 5 letzten erreichte sie eine Höhe von 39—40° C. Bei den subcutanen Unterschenkelbrüchen war dagegen nur in etwa der Hälfte sämmtlicher Beobachtungen eine Temperaturerhöhung nachweisbar. Dieser Unterschied in dem Zahlenverhältniss erklärt sich zum Theil wohl aus der Art der Behandlung der Fracturen, insofern frühzeitig angelegte feste Verbände das Aufkommen einer lebhaften örtlichen Reaction verhindern. (In der Halle'schen Klinik werden Oberschenkelfracturen ohne jedweden Verband nur mittelst Gewichtsextension behandelt, Unterschenkelbrüche dagegen gewöhnlich eingegipst oder doch eingeschient. Ausnahmsweise beobachteten die Verff., namentlich bei Schenkelhalsbrüchen, mehrfach schwere febrile Zustände mit ausgesprochen infectiösem Charakter, obwohl die Heilung ohne jedwede örtliche Störung sich vollzog. Eine zutreffende Erklärung dieser Fälle vermögen die Verf. nicht zu geben. — Es hat nach diesen Erfahrungen nichts Auffälliges mehr, wenn auch bei offenen Knochenbrüchen in den ersten Tagen der Verletzung unter antiseptischer Behandlung Temperaturerhöhungen wahrgenommen werden.

Bezüglich der Erklärung des aseptischen Wundfiebers nehmen G. und V. an, dass es sich hier ebenfalls um ein Resorptionsfieber handelt, mit dem Unterschied jedoch, dass hier nicht heterologe, faulige Stoffe, sondern relativ homologe Umsetzungs- und Zer-

fallsproducte in die Circulation aufgenommen werden, wie sie in der Umgebung einer jeden Wundspalte, ja bei jeder mit einer Ertödtung von Gewebselementen verbundenen Verletzung durch scharfe oder stumpfe Gewalt sich bilden. Es spricht für diese Auffassung die Abhängigkeit der Intensität und Dauer des aseptischen Fiebers von der Grösse und Qualität der Verletzung, ferner der fast afebrile Verlauf solcher Fälle, welche mit permanenter antiseptischer Irrigation der Wunden, unter Zuhülfenahme reichlicher tiefer Drainage, behandelt wurden. **A. Hiller** (Berlin).

C. Fieber. Ueber die Behandlung der Ganglien mittelst Discission und nachfolgender Compression.

(Vortrag gehalten in der wissensch. Versammlung des Doctorencollegiums zu Wien am 11. Juni 1877.)

(Mittheilungen des Doctorencollegiums 1878. Sep.-Abdruck. 15 S.)

Verf. verwirft die Behandlung der Ganglien mittelst Fomenten, Vesicantien, Compression ohne vorgängige Verletzung, Haarseil, Aetzmittel, Injection, von Jodtinctur (Velpeau), die Punction mit Troikart oder nach Cumin (Einstich einer Staarnadel bei verzogener Haut). Das Zersprengen des Tumors durch Druck oder Hammerschlag empfiehlt er für frische dünnwandige Ganglien. Die subcutane Discission (nach Barthélémy 1839, Marechal, Chaumet und Malgaigne) hält er in der grössten Mehrzahl der Fälle für das beste; und zwar ist bei der Ausführung der Operation das mehrmalige Zerschneiden der Tumorwand von derselben Einstichöffnung aus von besonderer Wichtigkeit zur Verhütung des Recidivs. Von 20 Fällen recidivirten 4, welche nur einfach discindirt waren. Zur nachträglichen Compression legt Verf. einen Contentivverband mit Fenster an der Tumorstelle an. Die Compression erfolgt mittelst Gummi-Pelotte und Binde, oder mittelst Heftpflasterstreifen. In den seltenen Fällen, wo Zersprengung oder Discission nicht zum Ziele führen, soll unter antiseptischen Cautelen die Exstirpation des Sackes vorgenommen werden. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

J. Chiene. Nerve-Stretching in Sciatica.

(The Practitioner 1877. Juni.)

Verf. ist sehr eingenommen für die von Nussbaum eingeführte Operation der Nervendehnung bei Neuralgien grösserer Nervenstämme. Nach einer kurzen Beschreibung der Operation werden 2 glücklich verlaufene Fälle mitgetheilt.

1) Ein 40jähriger Dampfkesselheizer leidet seit 5 Jahren an rechtsseitiger Ischias, die ihn seit längerer Zeit vollständig arbeitsunfähig machte. Alle Mittel vergeblich gebraucht.

Mit einem 3″ langen Schnitt wurde der Nerv an der Stelle, wo er unter dem Glutaeus maxim. hervortritt, blossgelegt und auf den

Finger genommen. Dann wurde das obere Ende nach unten und das untere nach oben kräftig gezogen und schliesslich sogar das Bein an dem Nerven vom Tisch emporgehoben. Antisept. Verband. — Von Stunde an keine Schmerzen mehr! Nach 22 Tagen gesund entlassen.

2) 41jähriger Dampfkesselheizer, seit 1 Jahr an linksseitiger Ischias leidend, wird in derselben Weise operirt. Vom nächsten Tage an keine Spur von Schmerzen mehr, auch nicht bei Bewegungen. Nach 17 Tagen geheilt entlassen.

Es ist schwer, sich eine Vorstellung von der Wirkungsweise dieser Operation zu machen, zumal die pathologisch-anatomischen Grundlagen des Krankheitsprocesses zu wenig bekannt sind. Am nächsten liegt die Vermuthung, dass die Wirkung durch Lösung von etwaigen chronisch entzündlichen Adhäsionen oder durch Zerstörung von entzündlichen Verdickungen des Neurilemma, die auf den Nerv drücken und ihn reizen, zu Stande komme. **Rinne** (Berlin).

---

v. Langenbeck. Ueber Fremdkörper im Oesophagus und über Oesophagotomie.

(Vortrag, gehalten in der Berliner med. Gesellsch. am 6. u. 20. Dec. 1876.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 51 u. 52.)

v. L. theilt zwei Fälle von Oesophagotomie mit, nachdem er Bemerkungen über das bezügliche Capitel im Allgemeinen vorausgeschickt hat. — Abgesehen von spitzigen Körpern, welche sich überall einbohren können, bleiben Fremdkörper besonders an drei Stellen des Oesophagus stecken, nämlich im Schlundkopf selbst, in der Höhe des Ringknorpels und dicht über der Cardia. Voluminöse Fremdkörper können im Pharynx stecken bleiben und die Epiglottis so fest gegen die Rima glottidis drücken, dass diese absolut verschlossen wird. v. L. hat dreimal in solchen Fällen Fremdkörper direct entfernt und Patienten vor dem Ersticken gerettet: einmal einen Knaben, der in v. L.'s Gegenwart einen kleinen Apfel mit dem Munde auffing und plötzlich unter Suffocationserscheinungen zu Boden fiel. Es gelang, den Finger neben dem Apfel einzuführen und diesen herauszuwerfen. Die beiden anderen Fälle reihen sich an einen ähnlichen von Dieffenbach mitgetheilten an, es wurden falsche Gebisse bis in den Schlundkopf verschluckt, zwar leicht entfernt, aberdie Patienten nicht so leicht, wie der Knabe, zur regulären Athmung zurückgebracht. — Fleischbissen und Kartoffelstücke, die in der Höhe des Ringknorpels stecken bleiben, buchten den Oesophagus meist nach links aus, während dieser sich ober- und unterhalb zusammenzieht und so den Extractionsinstrumenten den Weg verlegt. v. L. hat, wie einst Dupuytren in solchen Fällen, nachdem die Respiration durch seitliches Abziehen der Geschwulst von der Trachea frei gemacht war, durch Zerdrücken von aussen her die Möglichkeit

geschaffen, die Bissen herauszuziehen oder hinabzustossen. Wenn die Fremdkörper am Halse nicht hervortreten, kann man sich auf die Angaben der Patienten über den Sitz gar nicht verlassen; die Patienten localisiren meist falsch. Zum Untersuchen empfiehlt v. L. alsdann einen Fischbeinstab mit glatt polirter Stahlkugel, warnt aber sehr vor dem mit einem Schwamm armirten Schlundstösser, der gar kein Erkennen ermöglicht und erfahrungsgemäss schon viel Schaden gestiftet hat. Fremdkörper, die den Oesophagus verletzen oder durch ihren Aufenthalt im Darmtract gefährlich werden können, sucht Verf. stets zu extrahiren, und zwar bedient er sich stets des Gräfe'schen Münzenfängers. Beim Herausziehen entsteht leicht ein Hinderniss am Ringknorpel, das man bisweilen durch Pressen der Pharynxwand nach hinten überwindet. Sitzt der Fremdkörper so fest, dass der Münzenfänger mit gefasst und festgehalten wird, so muss eventuell die Oesophagotomie gemacht werden. Adelmann half sich in einem solchen Falle, nachdem das Instrument zwei Tage im Schlunde gesteckt, indem er von oben her ein dickes Gummirohr über den Stiel schob und damit die Fangringe befreite. Einen ähnlichen Fall theilt v. L. aus der eignen Praxis mit. — Der Gefahr, welche Fremdkörper im Oesophagus bringen, giebt Adelmann's Statistik, welche unter 314 Fällen der Literatur 109 Todesfälle verzeichnet, eine zu hohe Bedeutung, da wohl die ganz leichten Fälle nicht verzeichnet sind.

Was die Oesophagotomie anbetrifft, so ist sie seit 1738, als Goursaud sie zuerst ausführte, nur 28 Mal vorgenommen worden, wiewohl nur 5 Todesfälle darunter vorliegen, von denen einer zweifelhaft ist und drei wohl durch zu langes Zaudern und dadurch hervorgerufene Gangrän und Perforation bedingt sind. Hinsichtlich der Methode ist die Guattani'sche Schnittführung zu wählen: Hautschnitt auf der linken Halsseite, von der Mitte des Schildknorpels, am Rande des Kopfnickers bis 5 cm oberhalb des Manubrium; Spaltung der oberen Halsfascie, Abziehen des Kopfnickers, Spaltung der mittleren Halsfascie, mit welcher die Carotis nach aussen und hinten gezogen wird; nach rechts Ziehen des Kehlkopfes, Spalten der tiefen Halsfascie am äusseren Rande des M. sterno-thyreoideus, worauf alsdann der Oesophagus sichtbar gemacht wird. Man eröffnet ihn auf dem Fremdkörper, oder nachdem er durch eine Schlundsonde vorgewölbt ist.

Nachdem v. L. noch Regeln über Vermeidung von Verletzung der etwa gefährdeten Theile gegeben, führt er noch an, dass die Operation durch Schwellung der Schilddrüse sehr erschwert werde, was durch venöse Stauung bei längerem Verweilen des Fremdkörpers stets geschehe. Es muss die Fascie, welche die Schilddrüse einhüllt, gespalten und diese, da sie sich vor den Oesophagus legt, von ihm abgehoben werden können. — Schliesslich führt v. L. zwei Operationsfälle an; im ersten sollte ein fest eingekeiltes Knochenstück entfernt werden, welches nach Durchschneidung der Oesophagusmuskeln in den Magen fiel, da nach der Incision der Krampf nachliess,

der die Einschnürung bedingte; im zweiten wurde ein falsches Gebiss entfernt, das in einem epileptischen Anfalle verschluckt worden war.

v. Mosengeil (Bonn).

W. Baum. Zur Lehre von der operativen Behandlung eitriger Pleuraergüsse.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 48.)

Girgensohn. Zur operativen Behandlung pleuritischer Exsudate.

(Ibidem.)

Baum hat drei betreffende Fälle mit vorzüglichem Erfolge operirt. Die Heilung trat schnell und vollkommen ein, während bei den Ewald'schen Fällen Deformitäten, selbst Fisteln blieben. Den Grund sucht Verf. darin, dass er bald (5.—15. Tag) operirte und im Gegensatz zu Ewald, die Incisionsöffnung durch einen Charpienagel, der bei jedem Verbandwechsel erneut wurde, zu schliessen, ein Drainrohr einlegte. Damit das Rohr nicht in den Pleurasack hinein oder aus der Wunde herausrutschte, wurde es an die Hautränder angenäht.

Girgensohn wendet zur Operation pleuritischer Exsudate wie viele Andere, den Troikart an, dessen Kanüle mit einem 1—2 m langen Gummischlauch verbunden wird. Dieser ist selbst mit 1—2% Carbollösung gefüllt und an einem Ende durch einen Hahn verschlossen. Dieser wird in einem Gefässe unter Carbollösung erst nach dem Einstich des Troikarts geöffnet, so dass absolut keine Luft Zutritt zur Pleurahöhle finden kann. Zum Auspumpen dient dieser einfache Apparat wie der Hegar'sche Heber; zum Ausspülen wird man das freie Schlauchende mit einem Irrigator verbinden. Die Kanüle im Pleurasacke verletzt die Lunge nicht, die Stiletspitze dringt bei Vorsicht nur in die Höhle, in welcher Flüssigkeit befindlich.

v. Mosengeil (Bonn).

F. Winckel. Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase. Billroth's Handbuch der Frauenkrankheiten. Neunter Abschnitt.

Stuttgart, **Ferd. Enke's** Verlag. 1877.

Die vorliegende Arbeit behandelt in sorgsam eingehender Weise ein Capitel der Gynäkologie, welches — wie in dem vorausgeschickten geschichtlichen Rückblick mit Recht hervorgehoben wird — seit geraumer Zeit (1859 v. Scanzoni) keine monographische Bearbeitung gefunden hat. Verdient sie schon deswegen allgemeine Beachtung, so empfiehlt sie sich dem ärztlichen Publicum noch ganz besonders durch die klare und fliessende Diction, in der sie abgefasst ist, und durch die dankenswerthen historischen Angaben, die mehreren Abschnitten beigefügt sind. Wir müssen uns hier darauf beschränken,

des Verf. Ansichten über einige in der neuesten Zeit besonders lebhaft erörterte Fragen herauszuheben.

Von den Untersuchungsmethoden wird G. Simon's Dilatation der Harnröhre durch Specula besonders warm empfohlen. Sie genügte W. stets, um neben dem Zeigefinger noch ein Instrument in die Blasenhöhle einzuführen und hinterliess niemals Incontinenz, wenngleich jedesmal zu beobachten war, dass entweder die vorschriftsmässigen Einschnitte in den Saum des Orif. urethrae weiterrissen, oder an der Basis der Clitoris eine vierte Verletzung entstand.

Die ebenfalls von G. Simon in die Praxis eingeführte Sondirung und Katheterisirung der Harnleiter ist dem Verf. trotz grosser Ausdauer niemals geglückt. Er hält sie überdies für durchaus nicht immer ungefährlich und die Vortheile, die sich Simon davon versprach, zum Theil für fraglich. Dagegen hat sich ihm Rutenberg's Methode der Blasenbeleuchtung als leicht ausführbar und gefahrlos bewährt. Sie wird als sehr schätzenswerther Fortschritt begrüsst.

Die Druckverhältnisse in der Blase werden klargelegt und die für den Katheterismus resultirenden Vorschriften eingeschärft.

Bei der Besprechung der Neoplasmen der Harnröhre wird auf ein bis jetzt nicht angeführtes, von W. mehrmals als sehr charakteristisch beobachtetes Symptom aufmerksam gemacht: eine Hyperaesthesia vulvae, welche den Kranken das Sitzen fast ganz unmöglich macht.

Unter den für die Retention der Cystocele vaginalis angegebenen Instrumenten hat sich dem Verf. E. Martin's gestieltes Pessarium am meisten bewährt. Wo »die Theile sehr erweitert sind, die Retention schwierig, das Wechseln der Instrumente oft nöthig ist«, empfiehlt sich die Radicaloperation durch Excision eines Stückes aus der vorderen Scheidenwand.

Sehr genau wird die Geschichte, Aetiologie, Diagnose und Therapie der Urinfisteln erörtert mit Berufung auf 12 eigene Erfahrungen. Wenn man früher die Zange als ihre häufigste und schlimmste Ursache bezeichnete, neuerdings im Gegentheil die zu lange hinausgeschobene Kunsthülfe, so liegt nach W. die Wahrheit eben in der Mitte. — In dem Streite über den Werth der Cauterisation steht W. auf Seite der deutschen Autoren, welche im Gegensatz zu Bouqué diese Heilmethode in vielen Fällen für völlig aussichtslos, in manchen für direct schädlich halten und ihr nur ein ganz beschränktes Gebiet kleiner, frisch entstandener Defecte zuerkennen.

Unter den Methoden der Operation und Nachbehandlung wird der Simon'schen in den meisten Beziehungen der Vorzug gegeben und diesem Meister vor Allen das Verdienst zuerkannt: die Möglichkeit der Fistelheilung aus der Hand weniger Specialisten in die einer grösseren Reihe von Chirurgen und Gynäkologen gelegt zu haben. — Bozeman's vorbereitende Dilatation, seine ausschliessliche Benutzung der Knieellbogenlage, sowie seine Art der Nahtver-

einigung involviren eine Anzahl von Unzuträglichkeiten, ohne dabei bessere Resultate zu liefern, als Simon's Verfahren.

Zur Extraction von Blasensteinen genügt meist die Dilatation der Harnröhre und eventuell (bei über 2,5 cm grossem Stein) die Lithotripsie. Wo wegen ungewöhnlicher Grösse und Härte die blutige Operation beim weiblichen Geschlecht nöthig wird, bietet der Scheidenblasenschnitt die meisten Vortheile.

Zur Ausspülung der Blase eignet sich der Hegar'sche Trichter und Salicylwasser am besten; zur Application der Adstringentien auf die Harnröhrenschleimhaut haben sich dem Verf. Gelatine-Bougies am meisten bewährt. **Löhlein** (Berlin).

D. Foulis. Notes of a successfnl case of amputation at the hip by a new method.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 763.)

Eine sichere Antisepsis ist bei den gebräuchlichen Schnittführungen für die Exarticulatio coxae der Nähe des Afters wegen nicht gut möglich und doch wegen der grossen Weichtheilsdurchtrennung bei dieser grossen Operation mit allen Mitteln anzustreben. F. räth deshalb nach Anlegung eines Aorten-Tourniquet und eines elastischen Schlauches über der betreffenden Inguinalgegend den ersten Schnitt, beginnend 1″ unter der Spin. ant. sup. oss. ilei und $^1/_2$″ nach aussen von derselben 6 Zoll lang und der Körperaxe parallel herabzuführen und von seinem Ausgangspunkte aus senkrecht auf ihn einen 2. Schnitt circulär um den Oberschenkel bis auf die Fascie zu machen; die Muskeln werden in mehreren Zügen durchtrennt resp. vom Knochen abgelöst, bis die Trochanteren und das Collum frei liegt. Dann wird der Schenkelkopf exarticulirt. Ist bei der Operation die Aorta nicht comprimirt gewesen, dann muss beim Durchschneiden jedes sichtbare Gefäss sogleich unterbunden werden, sonst bildet die Unterbindung den Schluss der Operation. (Vergleiche die Rathschläge von Rose und Verneuil. Ref.) Die erste Naht wird zur guten Adaptirung der Wundränder zweckmässig an dem Winkel angelegt, welchen der senkrechte und circuläre Schnitt mit einander bilden: nach der Verheilung hat man eine fast senkrecht verlaufende Narbenlinie. Die Antisepsis lässt sich, da der Anus 6″ vom Wundrande entfernt bleibt, sicher durchführen. Die Operationsmethode ist im Principe dieselbe, welche Spence für die Schulterexarticulation vorgeschlagen, aber nicht mit der Ovalärmethode identisch. — Verf. hat nach dieser Methode 1 Mal einen 16jährigen Knaben operirt, bei dem wegen Coxitis die Hüftgelenksresection gemacht worden war und der durch andauernde Fisteleiterungen der Erschöpfung nahe gebracht war. Während der Nachbehandlung traten mehrfach Nachblutungen auf, die letzte am 57. Tage. (Enderfolg?)

Pilz (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

G. Markonet. Bericht über die Thätigkeit des Moskauer Lazarethes im Serbischen Kriege 1876.

Das in Semendria für 100 Betten eingerichtete Hospital nahm während der Zeit seines Bestehens vom 1. Aug. bis 26. Novemb. 1876 1390 Kranke auf, darunter 1200 Verwundete; Schussfracturen 383. Von Operationen wurden ausgeführt 10 Amputationen mit 2 letalen Ausgängen, 2 Resectionen mit 1 Todesfall. Von accidentellen Wundkrankheiten wurde Erysipel 38 Mal, Diphtheritis 2, Pyämie 12, Septikämie 1, Tetanus traumaticus 3 Mal beobachtet; im Ganzen 32 Todesfälle, darunter 11 an Pyämie und Septikämie.

Der Verband bestand im Gebrauch von Salicyl-Watte, Jute, Bruns'scher Watte; Binden, Compressen sowie Marly wurden in Wasser mit Zusatz von Spir. camph. getränkt; Carbolsäure wurde nicht angewandt.

W. Grube (Charkow).

W. Bakowetzki. Die Nervennaht.

Inaug.-Diss. St. Petersburg 1877.

Gestützt auf eigene Untersuchungen behauptet Verf., dass die Regeneration des Nerven durch den alten Axencylinder zu Stande kommen solle, mittelst Bildung eines isolirten Fortsatzes, wobei alle anderen Bestandtheile des Nerven zu Grunde gehen. Präparate aus schon functionirenden Nerven (8 Tage nach Anlegung der Naht) zeigten Verf., dass der grösste Theil der Nervenfasern des einen Endes unmittelbar in die Nervenfasern des andern Endes übergeht, wobei zwischen den durchschnittenen Nervenfasern keine Anhäufung von Blutkörperchen vorzufinden war. Fremde Elemente (Einwachsung von Bindegeweben aus den umgebenden Theilen) fehlten zwischen beiden Nervenstümpfen vollständig; hierdurch ist nach Verf.'s Meinung die schnelle Verwachsung des Nerven bedingt.

W. Grube (Charkow).

Novinski. Impfbarkeit bösartiger Neubildungen.

Inaug.-Diss. St. Petersburg 1877.

Vielfache Inoculationsversuche an Hunden, Pferden u. s. w. ausgeführt veranlassen Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen.

1. Die Möglichkeit von Animpfung des Carcinoma medull. und Myxosarcoma unterliegt keinem Zweifel; der Erfolg ist abhängig von möglichst minimaler Hautverwundung (Schnitt = 5 mm) und Uebertragung möglichst frischer Elemente der Geschwulst.
2. Das zur Animpfung benutzte Stückchen der Geschwulst darf nicht mehr als 2—3 mm an Umfang betragen.
3. Die Elemente der Krebsgeschwulst, auf gesundes Gewebe übertragen, wirken wahrscheinlich wie ein inficirendes Agens.
4. Gleichartigkeit der Thiere, sowie der Gewebe ist die wichtigste Bedingung für das Gelingen des Impfversuches.
5. Die Fettmetamorphose in den angeimpften Neubildungen ist stets bedeutender, als in den Muttergeschwülsten.

In allen Fällen, wo die Impfung gelang, heilten die Wunden per prim. int., bei erfolglosen Versuchen entwickelte sich eine durch Zerfall des angeimpften Stückchens bedingte Eiterung.

W. Grube (Charkow).

E. Krafft. Ueber die Entstehung der wahren Aneurysmen.

Inaug.-Diss. Bonn. 1877.

Verf. citirt eine lange Reihe von Theorien über das Wesen und die Genese der Aneurysmen, hebt Helmstädter's und C. O. Weber's Ansichten hervor, nach denen nicht die Intima, sondern die Media der Sitz der ersten Erkrankung war, führt Köster's Beobachtungen an, nach welchem bei allen entzündlichen Processen der Gefässwände die Vasa vasorum die Krankheitsprocesse vermitteln, und Auerbach's experimentelle Untersuchungen, nach denen der Entzündungs-

process die Gefässwand von aussen nach innen durchdringt, um schliesslich zu dem Resultat zu kommen, dass jedes Aneurysma durch Arteriitis bedingt sei, dass aber das specifisch Bestimmende die Ausbreitung der Entzündung in der Muscularis sei, welche von der Adventitia aus durch den nutritiven Gefässapparat und die dadurch hervorgerufene Verdrängung und Continuitätsstörung der elastischen und muskulösen Elemente innerhalb der Media vermittelt wird.

v. Mosengeil (Bonn).

E. Koeberlé. De l'hémostase définitive par compression excessive.

Paris, **Baillière** et **Fils**, 1877. 56 S. 8 Taf.

Im Jahrgang 1877 des Centralbl. für Chir. ist auf p. 12 über die blutstillende Klammer von K. kurz, und auf p. 505 ausführlicher über ihre Form und Anwendung berichtet. Dasselbe Thema behandelt die vorliegende Schrift mit ausführlicher Darstellung der Geschichte, der Aufgaben und der Hülfsmittel bei der Blutstillung. Auf 6 Tafeln sind eine Anzahl von nur geschichtlich interessanten Pincetten abgebildet. Tafel 7 stellt die Koeberlé'sche Klammer, Tafel 8 ein etwas modificirtes Ligaturstäbchen dar. **Mögling** (Tübingen).

J. Boekel. Note sur le traitement des pseudarthroses.

(Gaz. méd. de Strasbourg 1877. No. 9.)

Verf. behandelte einen Fall von Pseudarthrose des Humerus, welcher sämmtlichen unblutigen Methoden widerstanden hatte, durch die schräge Resection und Vereinigung der Bruchenden nicht, wie es sonst üblich ist, mittelst der eigentlichen Knochennaht, sondern durch eine stählerne Schraube (Dieffenbach), welche durch beide Fragmente hindurchging.

Die Schraube fiel von selbst am 9. Tag nach der Operation ab; gänzliche Heilung sowohl der Wunde als der Pseudarthrose nach etwa 10 Wochen.

Prof. Eug. Böckel in Strassburg erhielt auf ähnliche Weise auch einen schönen Erfolg bei einer hartnäckigen Pseudarthrose des Humerus nach Schussfractur.

Die Schraube fiel nach 3 Wochen. Dieser Patient wurde vollkommen wiederhergestellt, so dass er als Officier wieder in activen Dienst treten konnte.

Verf. hebt hervor, dass diese Methode den Vorzug hat, nicht nur die Bruchenden in genauer Coaptation zusammen zu halten, sondern dass die stählerne Schraube den Knochen zu gleicher Zeit zu einer intensiven Callusbildung anrege.

Girard (Bern).

Le Bourdellès et **Guérard de la Quesnerie.** Plaie pénétrante du crâne par arme à feu chez un paludique. — Accidents nerveux graves, rapidement conjurés par le sulfate de quinine. — Guérison sans opérat. chirurg.

(Rapporté par M. Verneuil.)

(Bullet. de la Soc. de Chirurg. 1876. No. 7.)

Verneuil rapportirt über 2 Verletzungsfälle, welche das Zusammentreffen von chirurgischen Verletzungen und constitutionellen Erkrankungen in ihrer gegenseitigen Beeinflussung zu beleuchten geeignet scheinen.

In den vorliegenden Fällen bestand die Complication der Verletzung in dem gleichzeitigen Vorhandensein von Malaria-Intoxication.

1. Fall: Ein 22jähriger Marinesoldat, von mittelmässig kräftiger Constitution und sehr nervösem Temperament, welcher 10 Monate zuvor wiederholte Malariaanfälle mit darauffolgender schwerer Anämie überstanden hatte, durch Chinin und Eisen aber bald gebessert war, schoss sich mit einem Revolver in die rechte Schläfengegend. Bei der Untersuchung fand sich 2 cm über dem Orbitaldache und 7 cm vom Ohre entfernt, eine Wunde vom Durchmesser des Projectiles, starke Blutunterlaufung und Oedem der Lider, nebst einer subconjunctivalen Ecchymose. Die Wunde blutet und lässt Hirnmasse austreten.

Die vorsichtig eingeführte Sonde stösst im Niveau der Schädelknochen auf die vom Projectil herrührende circuläre Oeffnung im Schädel; vom Projectil selbst

nichts zu fühlen. Es ward eine Incision bis auf den Knochen gemacht, wobei weder Knochensplitter noch eine Fissur im Schädel gefunden wurden, sondern nur die genannte kreisrunde Oeffnung. Keine Sensibilitäts- noch Motilitätsstörung; Puls unerheblich beschleunigt; keine Gehirnsymptome.

Expectatives Verfahren; Alkoholverbände.

Am folgenden Tage intensiver Schmerz an der rechten Kopfseite, im Wundniveau; derselbe ist unerträglich in der Rücken- und Seitenlage des Pat., und ist nur bei sitzender Stellung des Letzteren mässiger. Am abgenommenen Verbande neuerdings Hirnmasse.

In den nächsten Tagen: ausgesprochene Hyperalgesie der rechten Körperseite; starke Erregung; Obstipation; hierzu gesellte sich ein täglich typisch wiederkehrendes, lebhaftes Fieber. Auf Verabreichung von Chinin. sulphur. hörten diese Fieberanfälle plötzlich auf. Am 6. Tage nach der Verletzung hatte die Wunde bereits ein sehr gutes Aussehen, und 4 Wochen später war Pat. complet geheilt.

2. Fall: Ein 16jähriges Individuum schoss sich mit einem Revolver gegen die rechte Schläfengegend. Kleine Wunde in der oberen Partie der Schläfengrube; keine Schwellung, keine Empfindlichkeit, weder Sensibilitäts- noch Motilitätsstörung. — Die Wunde ward mit Goldschlägerhaut und Collodium verschlossen.

3 Tage lang glatter Verlauf; in der 4. Nacht Schmerzen in der Wunde und Stirne, und locale Entzündung an der Verletzungsstelle. In den 2 nächsten Tagen Steigerung der Symptome, bis Chinin. sulphur. verordnet wurde; nach der 1. Dosis schon trat erhebliche Besserung ein, nach der 2. vollständiges Verschwinden der Neuralgie und der localen Inflammation. (Sollte nicht eine Secretverhaltung die Ursache der oben bezeichneten Symptome gewesen sein? Ref.)

Rascher Schluss der Wunde. Jetzt fühlte man — da die Schwellung (!) ganz abgefallen war — das Projectil 3 cm weit von der Eintrittsstelle entfernt, unter der Haut liegend.

V. hebt die Aehnlichkeit beider Fälle und das rasche Verschwinden der krankhaften Symptome auf Chinin-Verabreichung hervor. Beide erweisen, wie V. meint, klar, die Existenz der traumatischen, plötzlich eintretenden Neuralgien, und lassen überdies praktische Regeln für Verletzungen mit kleinen Projectilen abstrahiren.

Die Allgemeinzufälle in den 2 obigen Fällen, von der Wunde ausgehend, mehr oder weniger sich auf den ganzen Organismus ausbreitend, seien bekanntlich meist entzündlicher oder septischer Natur. Dieselben Symptome könnten aber auch auftreten, wenn Pat. eine Disposition zu neuralgichen Erkrankungen habe oder mit gewissen constitutionellen Erkrankungen (Syphilis, Malariainfection) behaftet sei.

V. bemerkt weiter, dass man gut gethan habe, die Trepanation im 1. Falle nicht vorzunehmen. Denn abgesehen davon, dass es nicht leicht sei, ein so kleines Projectil zu finden, sei der Eingriff als solcher nicht indifferent. Ueberhaupt thäte man bei derartigen Verletzungen am besten, so wenig als möglich an der Wunde zu manipuliren, und völlig exspectativ zu verfahren. Auch Tillaux ist letzterer Anschauung, und räth, wenn ein Projectil in irgend eine der Leibeshöhlen eingedrungen sei, in keinerlei Weise darnach zu suchen.

V. will überdies zu den Localitäten, wo man eingedrungene Projectile nicht suchen, sondern ruhig belassen soll, die Dicke der Knochen gezählt wissen. Er citirt hierfür eine Beobachtung aus seiner eigenen Erfahrung.

Fr. Steiner (Wien).

Aschenborn. Ein Fremdkörper des Oesophagus mit Perforation der Aorta.

(Berliner klin. Wochenschr. 1877. No. 50.)

Ein junger Mensch wurde in Bethanien mit den Symptomen einer Mediastinitis post. aufgenommen. Anamnestisch ist zu eruiren, dass nach schnellem Essen

einer „Schrippe" (Brödchen) sich Schmerzen in der Magengegend und längs des Oesophagus eingestellt, — Unter Blutungen beim Stuhl und schliesslich aus dem Munde erfolgte der Tod. Die Section ergab im Oesophagus steckend und mit der Spitze diesen und die Aorta von vorn nach hinten durchbohrend eine Nähnadel mit einem langen Faden; dieselbe hatte wohl im Brode gesteckt und war damit verschluckt worden. **v. Mosengeil** (Bonn).

Bertholle. Des lavements de la vessie ou des injections intra-vésicales directes par le canal d'uréthre chez l'homme.

(Revue de Thérap. méd. chirurg. 1877. No. 15 und 16.)

B. benutzt 12—14 cm lange und 6 mm dicke Gummikanülen, welche mit einem Irrigator in Verbindung sind und bis in die pars membranacea der Harnröhre eingeführt werden. Der Druck der andringenden Wassersäule bahnt sich selbst den weiteren Weg bis in die Blase.

Das Verfahren ist schonend und kann vom Patienten selbst ausgeführt werden. **A. Hiller** (Berlin).

Sprengler. Operation des Genu valgum nach Ogston.

(Bair. ärztl. Intelligenzbl. 1877. No. 49. p. 511.)

Bei einem 24jährigen Arbeiter bestand seit 6 Jahren ein rechtseitiges Genu valgum mit Ablenkung des Unterschenkels um 45°—50°. Nach vergeblichen Versuchen mit allmäliger und mit forcirter Geradestellung machte Verf. die Osteotomie am Condyl. int. Fem. genau nach der Vorschrift von Ogston unter Spray, ohne Einwicklung. Temp. nie über 38,2. Der erste Carbolgazeverband blieb unter dem Gipsverband 17 Tage liegen, nach einem Monat wurden Bewegungsübungen im Bonnet'schen Apparat vorgenommen, nach weiteren 3 Wochen ist Beugung bis zum rechten Winkel und vollkommene Gebrauchsfähigkeit erzielt bei normaler Stellung. **Mögling** (Tübingen).

Siebenter Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Der siebente Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 10.—13. April d. J. in Berlin statt.

Die wissenschaftlichen Sitzungen werden am 10. April Mittags von 12½—4 Uhr, an den anderen beiden Tagen von 2—4 Uhr in der Aula der Königl. Universität, die für Demonstration von Präparaten und Krankenvorstellung bestimmten Morgensitzungen von 10—1 Uhr im Königl. Universitäts-Klinikum und in der Königl. Charité abgehalten.

In den Morgensitzungen vorzustellende, von auswärts kommende Kranke können im Königl. Klinikum (Berlin N. Ziegelstr. No. 6) Aufnahme finden, Präparate, Bandagen, Instrumente etc. ebendahin gesandt werden.

Anmeldungen zu Vorträgen, Demonstrationen sind zu richten an den Vorsitzenden Herrn B. von Langenbeck, Berlin NW., Roonstrasse 3.

Druckfehler.

S. 177, Z. 19 v. o. lies von da statt von den. — S. 184, Z. 19 v. o. lies Recovery statt Recorery. — S. 184, Z. 5 v. u. lies Atheromatose statt Atheromatie.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13. **Sonnabend, den 30. März.** **1878.**

Zur Radicaloperation der Hernien.

Mitgetheilt von

Dr. J. **Pauly**, Stabsarzt a. D. in Posen.

Angeregt durch einen glücklichen Bruchschnitt bei einer eingeklemmten Entero-Epiplocele inguinalis (mit College Rosinski in Wronke), bei welcher wohl $1/2$ Pfd. Netz abgebunden und der in Folge dessen schlotternde Bruchsack abgeschnitten wurde, entschloss ich mich nach dem Vorgange von v. Nussbaum, O. Risel, Czerny und Schede[1]) die Radicaloperation in folgendem Falle vorzunehmen.

Caroline Petzol, Dienstfrau, 43 Jahr alt, hat seit 13 Jahren einen linksseitigen Leistenbruch, der als ein eiförmiger Tumor bis zur Mitte des Oberschenkels herabreicht; die linke grosse Schamlippe ist mit in den Tumor hineingezogen. Die grösste Länge desselben beträgt 23 cm; die Peripherie in der Nähe der Basis 37 cm. Unter nicht unwesentlicher Schmerzhaftigkeit gelingt die Re-

[1]) cfr. Centralbl. f. Chirurgie 1877. No. 44. Dieser Arbeit verdanke ich den Muth zu der Operation.

Recd. Apr. 29.

position vollkommen und man kann mit 3 Fingern bequem in die Bruchpforte tief eindringen; nur bleibt ein beinah vorderarmlanger aus Haut und Bruchsack bestehender schlaffer Beutel zurück. Ein Bruchband, welches im Stande wäre die grossen Massen hinter der weiten Pforte zurückzuhalten, gelingt nicht.

Nach mehrtägiger Darreichung von Abführmitteln, 2% Carbolirrigationen der Scheide und vorheriger Anlegung eines feuchten Carbolverbandes führte ich die Operation im Sinne Nussbaum's mit den Collegen Friedländer, Grodzki, Landsberger und meinem Vater in meiner Stube am 21. December v. J. in Chloroformnarkose nach Morphiuminjection folgendermassen[1]) aus: Reposition der Därme; Verschluss der Bruchpforte durch einen der Herren Assistenten, 1' lange Incision, rasches Herauspräpariren des Sacks; derselbe wird dabei an der hintern Fläche eingeschnitten. Als die unfreiwillige Oeffnung erweitert wird, ergiebt sich, dass eine collabirte Darmschlinge in dem anscheinend vorher leeren Bruchsack liegen geblieben ist; dieselbe wird hineingeschoben. Der Bruchsack in der Gegend der Bruchpforte wurde nun so frei präparirt, dass er emporgehalten eben an der Basis mit einem doppelten starken Catgutfaden durchstossen werden konnte, welcher nach beiden Seiten hin fest geknotet wurde. Davor wird der Sack abgeschnitten und, nachdem die Wundlippen des Sacks noch mit ein paar gewöhnlichen Catgutsuturen geschlossen sind, mit Hintansetzung des anfänglichen longitudinalen Schnitts das untere noch nicht frei präparirte Stück des Sacks sammt einem 6 Zoll langen und 3 Zoll breiten Hautoval aus der Genitocruralgegend mit exstirpirt; letzteres erwies sich leider als viel zu kurz, wie aus dem Verlaufe hervorgehen wird. Die Blutung war sehr mässig. Alsdann wird der Saum des Leistenringes mit einer Cooper'schen Scheere (nach dem Rathe Risel's) wundgemacht und 3 oder 4 starke Catgutnähte durchgelegt, mit denen die Schenkel des Ringes kräftig über dem gut genähten Bruchsack bis zur Berührung zusammengezogen werden. Auswaschung mit 5% Carbollösung. Zahlreiche, meist Catgutnähte. Drain bis zur Bruchpforte; die Schamlippenwunde dicht bis an die Vagina reichend, lappenartig durch 8 Suturen vereinigt; die Umrollung der Ränder nicht zu vermeiden (eine Zapfennaht wäre wohl indicirt gewesen). Selbstverständlich war die ganze Operation unter erwärmtem Spray vollzogen worden und zum Schluss ein grosser Lister-Verband (einseitige Badehosenform) angelegt, in den jedoch die Schamlippe nur durch Ueberpolsterung mit 10% Salicyljute hineinbezogen werden konnte. Langsame Erholung nach der einstündigen Operation. Branntwein, Opium.

Den nächsten Tag, 22. Dec., stellt sich reichlicher vaginaler Ausfluss ein, Temperatur steigt auf 38,1, geröthete Wangen, öfteres Erbrechen, Carbolharn. Täglich 1 Mal trockener Lister-Verband. Als am 25. Dec. die Hautränder der Labialwunde schwärzlich erschienen, gab ich den Lister-Verband auf, löste die Labialnähte und fand sich die grosse Wundfläche nur stellenweis grau belegt, meist gut granulirend. Da auch im oberen Theil der Wunde wegen zu frühen Lösens der Nähte keine prima reunio zu Stande gekommen war, sondern nur die Haut in der Gegend des Leistenringes $1^1/_2$ Zoll weit vereinigt war, legte ich unter diese Hautbrücke ein Drainrohr, das öfter mit $^1/_3$% Salicylsäurelösung durchspült wurde; auf die Wunde oben und unten wurde Bruns'sche Watte in gleicher Lösung applicirt. Die Temperatur überstieg nie 38,5, war meist Abends 38,3 und vom 4. Januar normal. Am 17. Januar legte ich durch die obere Wunde drei secundäre Nähte. Die untere Wunde heilt langsam zusammen und ist heute 22. Febr. kaum thalergross.

Bei der Entlassung (mit Bruchband) ergiebt sich keine Spur eines Bruchs, keine Spur einer Leistenöffnung. Gleichmässiger Anschlag in der Leistengegend rechts und links.

Die verzögerte Wundheilung, welche übrigens der definitiven

[1]) Herrn Prof. Czerny nud Dr. Risel danke ich für ihren schriftlichen Rath an dieser Stelle; speciell hat der letztere College am Operationsplan wesentlichen Theil.

Radicalheilung nur zu Statten kommt, fällt ausschliesslich der ungeeigneten Anlegung des unteren Wundterrains zur Last, das der ungeübte Operateur im Vertrauen auf die schrumpfende Wirkung der Carbolsäure viel zu breit angelegt und durch eine incorrecte Naht vereinigt hatte. Ob bei solch colossalen Hernien bei Frauen die Nachbarschaft des Genitalschlauchs die Asepsis gestatten wird (Auswaschung der Vagina mit Carbollösung, danach Ausstopfung mit Salicylwatte), oder ob der interessante Versuch gestattet sein wird, bei Labialbrüchen das untere Wundende aus dem aseptischen Verbande zu eliminiren resp. durch beständige Berieselung aseptisch zu erhalten, müssen weitere Versuche entscheiden. Jedenfalls ist Dank der Lister-Methode die jahrhundertelang angestrebte Radicaloperation der Hernien zu einer sicherlich erlaubten Operation zunächst in den von Schede präcisirten Fällen geworden und in unserer raschlebigen Zeit das Urtheil Koenig's (Bd. II. p. 131), dessen Lehrbuch uns praktischen Aerzten so rasch Führer geworden ist, bereits corrigirt: »nach dem heutigen Stande der Dinge können wir nicht das Wort für die Operation ergreifen.« Indem das antiseptische Verfahren die lange Schuld der Chirurgie getilgt hat, reine Wunden vor dem Dämon der accidentellen Wundkrankheiten zu sichern, erweitert es nicht blos das Machtgebiet der Chirurgie, sondern macht sie zweifellos dem einzelnen Arzte zugänglicher und populärer.

H. Stilling. Einige Beobachtungen zur Anatomie und Pathologie des Lupus.

(Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. VIII. p. 72.)

In der Darstellung der Entstehung des Lupus stimmt Verf. mit Lang überein. Die Betheiligung der Schweissdrüsen an dem Processe beobachtete er in zweifacher Form. Erstens treiben zuweilen die Drüsenschläuche Sprossen aus, die entweder solid bleiben, oder ein Lumen bekommen, auch wuchern die Drüsenepithelien zuweilen gegen das Lumen des Schlauches zu, so dass derselbe vollständig obliterirt wird und auf dem Querschnitte das Bild einer Riesenzelle darbietet; jedoch liegen die Kerne ziemlich regelmässig am Rande angeordnet, während sie bei der Riesenzelle mehr im Centrum angehäuft sind. Zweitens kommt an den Schweissdrüsen eine vom interstitiellen Bindegewebe ausgehende Zellwucherung vor, — und zwar ist diese Form die häufigere — wodurch der ganze Drüsenknäuel allmälig in einen Rundzellenhaufen verwandelt wird, der sich von einem primären Lupusknoten nicht unterscheidet. — Verf. hebt ferner hervor, dass man in den lupös erkrankten Theilen öfter auch eine Arteriitis obliterans beobachtet, welche vielleicht die Ursache der Verödung der Gefässe in den primären Herden bildet. —

Bei Besprechung der differentiellen Diagnose des Lupus nimmt Verf. Veranlassung den Befund von zwei Schweissdrüsenadenomen, die er beobachtete, genauer mitzutheilen. Es waren dies seit langem

bestehende Geschwülste von 1—1,5 cm Durchmesser, etwas über die Cutis hervorragend, in dem einen Falle von unverletzter Epidermis bedeckt, in dem anderen oberflächlich ulcerirt. Der Sitz der Tumoren war einmal die Gegend über dem medialen Augenwinkel, das andere Mal der Unterkieferwinkel. Diese Geschwülste waren ziemlich scharf umschrieben und grösstentheils vom Rete Malpighii noch durch eine dünne, mit Rundzellen infiltrirte Cutisschicht getrennt; sie bestanden hauptsächlich aus Zellsträngen, die sich baumförmig verästelten und aus Läppchen, die mit Drüsenacinis grosse Aehnlichkeit hatten. Dazwischen befanden sich erweiterte Ausführungsgänge von Schweissdrüsen. Die Stränge und Acini bestanden aus epitheloiden Zellen, in den grösseren Zellenanhäufungen waren kleine Erweichungscysten eingestreut. An den Stellen, welche der Lage der Schweissdrüsen entsprachen, sah man Haufen kleiner Zellen, mit welchen die strangförmigen Gebilde in Zusammenhang waren.

Gersuny (Wien).

J. Michel. Des Arthropathies survenant dans le cours de l'Ataxie locomotrice.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 12 und 13.)

Verf. weist Eingangs darauf hin, dass diese Form von Gelenkerkrankung erst seit der neuesten Zeit durch die Abhandlungen Mitchell's, Blum's, Charcot's u. A. mehr gekannt sei. Gemeinschaftlich aus allen diesen Beobachtungen gehe hervor die Identität der Symptome und die Regelmässigkeit der Entwickelung des Ganges der Krankheit; diese beginne stets plötzlich, ohne Prodromalstadium. Das Gelenk schwillt ohne irgend eine Veranlassung plötzlich hoch an, die Umgebung desselben nimmt weithin daran Theil, und ohne Reaction (ohne Fieber, Schmerz etc.) schwindet nach einigen Tagen die Hauptgeschwulst, während nur unmittelbar am Gelenke selbst eine mehr oder weniger starke Schwellung zurückbleibt, welche auf Rechnung der sich heranbildenden Hydarthrose kommt. Bei all' dem sind die activen und passiven Bewegungen im Gelenke schmerzlos; der Hydarthros kommt bald zur Resorption, doch sind consecutive Luxationen nicht selten eine Folge der Relaxation des Bandapparates etc., sowie der Resorption der knorpeligen und knöchernen Antheile des Gelenkes.

Diese complicirenden Gelenkleiden pflegen, wie M. angiebt, meist im 3., 4. und 5. Jahre des Bestehens der Tabes aufzutreten; er empfiehlt, die Gelenkleiden der Tabetiker einzutheilen in solche, welche frühzeitig, schnell auftreten, und solche, die sich erst spät zu dem Hauptleiden gesellen. Nach Charcot soll die Gelenkerkrankung, bemerkt M., wenn sie spät auftritt, stets an der oberen Extremität beobachtet werden; tritt sie frühzeitig ein, so sind die unteren Extremitäten afficirt. —

Die Anschauung R. Volkmann's, dass die consecutiven Luxationen der motor. Incoordination zuzuschreiben seien, verwirft M. als

falsch; er hält es vielmehr für sehr wahrscheinlich, dass ein directer Rapport zwischen dem Gelenkleiden und der mehr oder weniger vorgeschrittenen Entwicklung des Rückenmarkleidens an der entsprechenden Seite bestehe.

Der Verlauf dieser Gelenkleiden ist nach M. sehr verschieden: bald verlieren sich die Erscheinungen in sehr kurzer Zeit, doch sind Recidive hierbei sehr häufig, und zwar auf die geringsten äusseren Anlässe entstehend. Dies ist die gutartige Form des Leidens, die jedoch sehr selten ist, und dann nur kurze Zeit besteht, um in die bösartige Form überzugehen; hierbei kommt es zu spontanen Luxationen, die bei der excessiven Beweglichkeit im Gelenke oft schon beim Versuche eine Flexion in demselben auszuführen, zu Stande kommt. Es kann hierbei bis zur völligen Resorption der Gelenkenden kommen, während gleichzeitig auch die Diaphyse des Knochens krankhaft verändert wird, so dass Fracturen sehr leicht entstehen. — Trotz all' dem ist dieses schwere Gelenkleiden selten die Ursache des Todes, der meist durch Phthise eintritt.

Zur Differentialdiagnose der obigen Gelenkleiden und der Arthritis sicca diene, hebt M. hervor, der gleich im Beginn der Erkrankung bei dem erstgenannten Leiden erscheinende Erguss von Flüssigkeit in's Gelenk; im Uebrigen seien allerdings die Symptome bei beiden Erkrankungen ziemlich gleich; doch sei bei den Gelenkleiden der Tabetiker Osteophytenbildung um die Gelenkhöhle herum eine Seltenheit, auch verbreite sich die Alteration der knöchernen Gebilde bei der Arthrit. sicca nicht, wie bei Ersterem, von der Epiphyse weiter auf den Rest des Knochens, es komme nie wie bei Jenem zu einer rareficirenden Ostitis der Diaphyse. — Auch klinisch seien die beiden genannten Gelenkleiden wohl von einander zu scheiden. Bei dem plötzlich mit acuter Schwellung der Gewebe auftretenden Gelenkleiden der Tabetiker seien Luxationen eben so häufig, wie sie bei der eminent chronisch auftretenden Arthritis sicca selten vorkämen. Bei Letzterer ist insbesondere das Hüftgelenk, viel seltener die Schulter betroffen; während bei dem Gelenkleiden der Tabetiker vor Allem das Knie-, dann das Schulter-, und in letzter Reihe erst das Hüftgelenk ergriffen zu werden pflegt.

Die Arthritis sicca verläuft stets langsam, stets mit üblem Ausgange, während das Gelenkleiden der Tabetiker mehr oder weniger zur völligen Ausheilung gelangen kann.

Das Gelenkleiden gehört übrigens, wie M. erörtert, nicht etwa zur Symptomengruppe der Tabes dors., sondern ist wesentlich nur eine Complication dieser Erkrankung.

Indem wir bezüglich der Details der Mittheilung von 7 einschlägigen Sectionsbefunden auf das Original verweisen, bemerken wir schliesslich nur, dass sich M. bezüglich der Frage, ob ein ursächliches Verhältniss zwischen den Gelenkleiden der Tabetiker und einer patholog. Veränderung der Zellen der vorderen Hörner des Markes anzunehmen

sei, zu dem Ausspruch genöthigt sieht, dass diese Annahme, insbesondere nach den neuerlichen negativen Untersuchungsresultaten Raymond's und Bourceret's, mit grosser Reserve aufzunehmen sei.

Fr. Steiner (Wien).

E. Perroncito. Sulla produzione del cysticercus della tenia mediocanellata nelle carni dei vitelli.

(Gazz. delle cliniche Torino 1877. No. 36.)

Verf. fütterte Kälber mit reifen Proglottiden der Taenia mediocanellata des Menschen. Die Kälber blieben gesund, wurden jedoch auffallend mager und liessen schon während des Lebens mehrere Cysticerci unter der Zunge erkennen. Nachdem die Kälber ca. 3 Monate später geschlachtet wurden, fand man überaus zahlreiche Cysticerci in den verschiedensten Organen, und in den verschiedensten Muskeln. Alle Cysticerci starben ab bei einer Temperatur von 45° C. Ein Schüler von P. hat solche bis zu 45° erwärmte Cysticerci verschluckt und hat nie Erscheinungen von Taenia gehabt, während ein anderer Schüler, welcher lebende Cysticerci schluckte, nach 54 Tagen Proglottiden abzusondern begann und nach 67 Tagen auf eine Koussodose eine über 4 Meter lange Taenia medioc. entleerte. Nach ungefähren Berechnungen wuchs die Taenia täglich um ungefähr 13 Proglottiden.

Das von Cysticerci durchsetzte Fleisch wurde ohne jeden Nachtheil gekocht und gebraten von dem Hausgesinde verzehrt. Die einzige Möglichkeit, die Taenia zu bekommen, ist nach P. durch das Essen rohen Fleisches gegeben.

Menzel (Triest).

B. Beck. Zur Casuistik der Schädelverletzungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. VIII. Hft. 2 und 3.)

Verf. theilt seine Erfahrungen über 245 Fälle von Schädelverletzung mit; davon waren 85 mit cerebralen Erscheinungen combinirt.

Die wichtigsten Symptome der Schädelverletzung mit gleichzeitiger Betheiligung des Gehirns sind die Gehirnerschütterung und der Hirndruck.

Ist die Commotio cerebri eine reine, d. h. ohne gleichzeitige Läsion des Gehirns, so dauert sie meist nur 1—2 Tage an; sie kommt nach B. dadurch zu Stande, dass die durch den mechanischen Insult erzeugten Schwingungen von aussen auf entsprechenden Bahnen zum verlängerten Marke, dem Sitze der automatischen Athmungscentren und des Centrums der excitirenden Herznerven geleitet werden.

Die unreine Gehirnerschütterung, wobei in der Regel Blutextravasate im Gehirne zu finden sind, entsteht nach der Meinung B.'s dadurch, dass die Schwingungen der harten Schädelgebilde auf das Blut und den Liquor cerebrospinalis übertragen werden; sie wird dann vermuthet, wenn die Bewusstlosigkeit länger als 2 Tage andauert, und sich noch Reizungs- und Lähmungserscheinungen hinzugesellen.

Die Symptome des Hirndruckes werden durch Fremdkörper, durch Fractur des Schädeldaches mit Dislocation, durch Ansammlung von Flüssigkeiten im freien Raume der Schädelhöhle (Extravasate, seröse Ergüsse, Abscesse) etc. hervorgerufen.

In einem Falle von Infraction und Impression der Schädelknochen trat Sopor und Aphasie ein; der Ort der Verletzung entsprach der 3. linken Stirnwindung (dem Sitze des Sprachvermögens nach Hitzig).

Die scheidenartigen Fortsätze, welche die Gefässe der Pia mater in das Marklager begleiten, machen es verständlich, dass bei der nach Schädelverletzungen sich entwickelnden Meningitis purulenta auch die Gehirnmasse häufig verändert gefunden wird. Die Gehirnabscesse bedingen sehr bald Bewusstlosigkeit im Gegensatze zur Meningitis, bei der frühzeitig die Reizungs- und Lähmungserscheinungen in den Vordergrund treten. Im Anhange zu dieser mit zahlreichen Krankengeschichten ausgestatteten Arbeit gedenkt Verf. noch eines Falles von Zerreissung des Rückenmarkes in der Gegend des 5. Halswirbels, durch Sturz auf den Kopf in hyperflectirter Stellung, entstanden; Fractur des Wirbelbogens, Ruptur der Rückenmarksgefässe, Zerreissung der hinteren Stränge der Medulla, Tod durch Druck auf das Respirations-Centrum.

In Bezug der Therapie plaidirt Verf. vor allem für strenge Ruhe, mahnt dringend von dem schablonenmässigen Nähen der Schädelwunden ab, und hält die Sutur nur bei Ablösung grosser Weichtheillappen für berechtigt.

Die Trepanation wurde nur in einem tödtlich endenden Falle gemacht.

Wölfler (Wien).

Feroci. Contribuzione alla storia dei calcoli salivari.

(Commentario clinico 1877. No. 5. 6. 7.)

F. resumirt seinen Aufsatz ungefähr wie folgt: 1. Speichelsteine können sich in Speichelgängen und Speicheldrüsen bilden, und bestehen vorwiegend aus phosphorsaurem Kalk.

2. 3. Der Stein pflegt erst Beschwerden zu erzeugen, wenn er den Speichelfluss unterbricht.

4. 5. Es entstehen hierbei Anschwellungen des Ganges, der Drüse oder gar der Drüsenumgebung.

6. Die Symptome, welche durch Speichelsteine hervorgerufen werden, haben oft einen intermittirenden Charakter.

7. Bei Kranken mit hartnäckiger Stomatitis oder Speicheldrüsenentzündung soll der Arzt an Speichelstein denken und wenn er einen solchen findet, denselben sofort entfernen.

Menzel (Triest).

E. Andrews. The plaster of Paris jacket in spinal diseases.

(The Chicago med. Journ. and Exam. 1877. Vol. XXXV. Dec.)

Verf. erinnert daran, dass das Wesentliche des zum Gibbus führenden Malum Pottii in der Erkrankung des Wirbelkörpers bei

constantem Freibleiben der Gelenkfortsätze beruhe. Um nun der Kyphose entgegen zu wirken, bedarf es einer permanenten Extension, welche von den gebräuchlichen orthopädischen Maschinen nur ungenügend geleistet wird. A. schlägt nun für die Wirbelentzündungen, von der Gegend des untern Randes der Axilla an abwärts, einen extendirenden Corset-Gypsverband, nach folgender Methode angelegt, vor. Der Patient wird, um zunächst das Gewicht des Unterkörpers als extendirendes Moment auszunutzen, an einem durch Flaschenzüge aufzuwindenden horizontalen Schwebebügel vermittelst der Glisson-schen Kappe, sowie durch entsprechende, um die Achseln geschlungene Gurten suspendirt. Nunmehr wird ein durch analog den Fischbeinstäben angeordnete Holz- und Metallschienchen verstärkter Corsetgypsverband, der von der Achselhöhle bis über die Hüftkämme herabreichen muss, eng und besonders um die Taille fest angelegt. In letztere verlegt Verf. den mechanischen Hauptangriffspunkt, da von ihr als dem compressibelsten Punkte aus die Eingeweide theils nach unten in das Becken und zum Uebrigen nach oben in den Thorax gedrängt werden und hierdurch zugleich mit Hülfe der Rippenbögen eine Streckung auf die Columna vertebrarum ausüben. Verf. betont, dass er die Respirationsexcursionen des Thorax durch diesen Verband, ihm selbst wunderbar, niemals gestört gefunden habe, räth aber, vor Anlage desselben, auf den Bauch eine hinterher zu entfernende Watteschicht zu legen, um der Abdominalathmung etwas mehr Spielraum zu lassen. Besteht Spondylitis cervicalis, so soll in diesen Verband eine den Nacken heraufgehende Stahlschiene, versehen mit entsprechenden Hebe- und Stützapparaten für den Kopf, mit eingegypst werden, doch betont Verf., dass in diesen Fällen eine volle Suspension des Körpers schlimme Folgen haben könnte und will für diese Affection auch die andern Behandlungsmethoden gewahrt wissen.

Langenbuch (Berlin).

E. Bull. 1) Ueber die Indicationen für die operative Behandlung von Effusionen in den Pleurahöhlen.

(Probevorlesung über ein selbstgewähltes Thema zur Erlangung des Doctorgrades der Medicin. 15. Sept. 1875.)

2) Casuistische Mittheilungen über Empyemoperationen.

(Nord. med. Arkiv 1876. Bd. VIII. No. 2.)

3) Ein Fall von recidivirendem diffusem Pneumothorax; zweimalige Heilung.

(Nord. med. Arkiv 1877. Bd. IX. No. 11, I.)

Diese drei Arbeiten des rührigen Verfassers stehen in einem sichtlichen Zusammenhang und documentiren eine Vertrautheit mit der von Kussmaul und Bartels seit 1868 so geförderten Pleurachirurgie, dass sie den neueren von Lichtheim, Fräntzel, Ewald etc. gelieferten Specialschriften mit Anspruch auf gleiche Berücksichtigung angereiht werden können.

Die erste Arbeit Bull's »Ueber die Indicationen etc.« enthält zunächst einen genauen historischen Excurs von den ältesten Zeiten bis auf die Gegenwart und sind besonders die Wandlungen, welche die Frage von der Operativbehandlung der Pleuraergüsse in Frankreich durchzumachen hatte, eingehend und kritisch scharf hervorgehoben. Darnach geht B. an die Aufstellung der Indicationen für die letztere. Er unterscheidet eine Indicatio vitalis, eine Indicatio morbi und eine Indicatio palliativa.

Vitalindication für einen operativen Eingriff ist gegeben auf der einen Seite

1) durch Zeichen von bedeutenden Kreislaufstörungen, wie sie sich einfinden können bei mehr oder minder vollständiger Anfüllung eines Pleurasackes, besonders des linken, mit Verdrängung der Nachbarorgane, besonders des Herzens und der grossen Gefässstämme; klinisch charakterisirt durch unregelmässige, tumultuarische, schwache Herzaction, kleinen, irregulären, intermittirenden Puls, livider Cyanose von Wangen und Lippen, Oppression; — auf der anderen Seite

2) durch Zeichen von beginnender Lungeninsufficienz, wie sie sich einstellen kann bei grösseren oder kleineren Pleuraexsudaten, je nachdem ungünstige Momente, Fieber, stechende Schmerzen, complicirende Krankheiten, rasches Auftreten des Exsudates oder individuelle Prädisposition zugegen sind, klinisch kenntlich durch bedeutende Athemnoth, Cyanose, Schleimrasseln. (Diese beiden Factoren können natürlich zusammenwirken.)

Die specielle Beschaffenheit des Exsudates ist bei Vitalindication ganz gleichgültig, ob man nun eine primäre oder secundäre Pleuritis, ein seröses oder purulentes Exsudat oder ein hydropisches Transsudat vor sich hat. In der Regel wird unter diesen Umständen die Punction vorgenommen, ist die Lebensgefahr aber keine äusserst drohende, so kann man die Operationsmethode von der Natur des Exsudates abhängen lassen. Bestimmend für die Wahl der Operationsmethode ist diese dann, wenn man curativ gegen die Krankheit vorgehen will: Indicatio morbi.

Die Probepunction mit der Pravaz'schen Spritze hält B. für unumgänglich nothwendig zur Diagnose der Exsudatbeschaffenheit und zu dem darauf gegründeten Operationsverfahren [1]).

Die Frage, ob ein seröses Pleuraexsudat eine operative Behandlung indicire, beantwortet er unbedingt bejahend, besonders im Hinblick auf bleibende Deformitäten des Thorax, auf unvollständige Wie-

[1]) Die Bacelli'schen Phänomene, dienend zur physikalischen Differentialdiagnostik der Pleuraergüsse, wie sie zuerst im Archivio di medicina, chir. ed igiene 1875, fasc. VII e VIII von dem tüchtigen römischen Kliniker bekannt gemacht und von Valentiner in der Berl. klin. Wochenschr. (1876, No. 21 und 1877, No. 36) empfohlen wurden, hat B. auch in seinen jüngeren Arbeiten nicht auf ihre Brauchbarkeit geprüft, wie überhaupt diesen Phänomenen wohl zu wenig Beachtung geschenkt wird. Erwähnt ihrer doch selbst Fräntzel in seiner Bearbeitung der Pleurakrankheiten für das Ziemssen'sche Handbuch durchaus nicht.

derausdehnung der Lungen, und drohende Nachkrankheiten etc., welche auftreten können, wenn das Exsudat der Resorption überlassen bleibt. Dennoch lässt B. die Frage, ob eine seröse Pleuritis, wenn sie operativ behandelt werde, rascher abheile, als wenn medicamentös vorgegangen wird, noch offen. — Auf Ausschluss der Luft, selbst bei Punction, legt B. mit Trousseau, Montard, Martin, Gosselin, Tost kein grosses Gewicht, vernachlässigt ihn aber doch nicht.

Bei secundären Pleuritiden (bei vorgeschrittener Tuberkulose, krebsigen Neubildungen und anderen cachectischen Zuständen) soll die Punction nur dann vorgenommen werden, wenn schwere Leiden dadurch gemildert oder das Leben verlängert werden kann. Das gleiche gilt auch vom Hydrothorax. Bei seröser Pleuritis findet B. die Indication zur Thoracocentese:

1) wenn das Exsudat rasch steigt, so dass die Pleurahöhle sich anfüllt und Nachbarorgane verschoben wurden, abgesehen davon, ob Fieber oder andere Entzündungssymptome da sind oder nicht;

2) wenn das Exsudat verhältnissmässig gross ist und längere Zeit (6—8 Wochen und darüber) bestanden hat, ohne unter der gewöhnlichen medicamentösen Behandlung zurückzugehen. Auch hier bildet Temperaturerhöhung keine Gegenanzeige.

Ist die Rede von einer Behandlung des Empyems, so fragt sich zuerst: kann ein solches resorbirt werden? Die Möglichkeit liegt bestimmt vor, doch ist das Empyem, sich selbst überlassen, meist tödtlich (in Folge von pyämischem Fieber, von Asphyxie, Herzlähmung, Tuberkulose), selbst bei spontanem Durchbruch nach aussen (Marasmus, Amyloiddegeneration, Tuberkulose). Die beste Prognose in Fällen von unoperirtem Empyem giebt noch die Perforation in die Lungen. Als Regel muss man es aber ansehen, dass das Empyem sich selbst überlassen oder medicamentös behandelt eine tödtliche Krankheit sei, wie es auch in der Regel die Incision mit antiseptischer Nachbehandlung erfordert. Dies gilt auch für secundäre Empyeme (pyämische, puerperale Empyeme, purulente Pleuritiden bei Phthisikern), wo man die Incision öfter vornehmen sollte, als bisher.

Bei doppelseitigem Empyem soll man dieselbe auf der meist afficirten Seite ausführen und womöglich die andere nicht anrühren, bis die befreite Lunge wieder zu functioniren begonnen hat.

Abgekapselte Eiterdepôts sind besonders zu incidiren. Ein Empyema necessitatis muss baldigst durch ergiebige Incision weiter eröffnet werden. Reicht die Perforation in die Lunge nicht aus, das Exsudat in der Pleura zu entfernen, tritt Decomposition desselben mit drohenden Symptomen ein, so ist auch hier Incision nothwendig.

Haematothorax (durch Trauma, durch Aneurysmen, durch cancröse Ulcerationen) ist exspectativ zu behandeln, wenn nicht Haemato-Pyo-Pneumothorax entsteht, worauf natürlich die Incision vorgenommen wird. Bei hämorrhagischer Pleuritis soll ein operativer Eingriff nur von der Indicatio vitalis abhängig gemacht werden.

Ueber die operative Behandlung des Pneumothorax resp. Pyopneumothorax gelten fast die gleichen Regeln, wie für das Empyem.

Die als zweite oben angeführte Arbeit Bull's verwerthet ein relativ reiches Material zur Stütze der hier entwickelten Gesichtspunkte und Erfahrungen. B. führt im Ganzen 30 Fälle an, 24 von ihm selbst (während einer Art von Epidemie in Christiania) beobachtete, 6 ihm von Anderen mitgetheilte. 18 von diesen waren Männer, 12 Frauen. Das Alter schwankte von $3^1/_2$ bis 40—50 Jahren; die meisten waren zwischen 20 und 30 Jahr alt. Davon wurden 13 geheilt[1] (49 %): 7 Männer, 6 Frauen: Von 3 Kranken blieb der Ausgang unbekannt, doch dürfte man ihn als günstig annehmen; 6 behielten eine offene Fistel (3 Männer, 3 Frauen); 1 von den 6 wird aber wahrscheinlich noch völlig verheilen, 2 sind zweifellos tuberkulös, bei 1 sind nun 14 Monate seit der Operation vergangen, so dass zu befürchten steht, die Fistel werde permanent bleiben, 2 haben Amyloidnieren. 8 (27 %) sind gestorben, wovon 1 ein Jahr nach der Operation (an älterer Amyloidentartung der Nieren), 1 zwei Monate (chronische Pneumonie und Pericarditis), 1 fünf Wochen (Tuberkulose und Septikämie), 1 zehn Tage nach der Operation (zahlreiche abgekapselte Eiterherde), 1 starb am 9. Tage an tuberkulöser Meningitis. Der 6. Patient starb 6 Tage nach der Operation und bot doppelseitige Pleuritis, sowie eine ältere Pneumonie. Der 7. Fall zeichnete sich durch seine Bösartigkeit aus: der Patient starb nach wenigtägiger Erkrankung einen Tag nach der Operation, der 8. starb gleichfalls einen Tag nach der Operation an Lungenödem.

Bull's Operationsverfahren weicht wenig von dem gebräuchlichen ab. Die Incision macht er bei Seitenlage in der Axillarlinie gewöhnlich im 5. oder 6. Intercostalraum. Auf die Blutstillung in der Wunde, die möglichst wenig geschnitten, sondern mehr gebohrt werden soll, legt B. Gewicht: zweimal sah er beträchtliche Blutungen aus ihr entstehen. Täglich erfolgt zweimalige Ausspülung der Pleurahöhle mit Carbolwasser von $^1/_2$ bis 1 % (bei putridem Exsudat). Ein elastischer Katheter hält die Fistel offen. Zum äusseren Verband wird Werg benutzt.

Die dritte der Publicationen Bull's hat mehr intern klinisches Interesse. Es handelt sich um ein zweimaliges Auftreten eines reinen, nicht durch entzündliche Exsudate complicirten Pneumothorax, mit zweimaliger Heilung bei einer 29jährigen, zart gebauten Dame, an deren Lunge nur ein Emphysem des linken Oberlappens (oberhalb der Clavicula) nachgewiesen werden konnte. Das erste Mal nahm die Resorption der bei lebhaftem Pianospiel wahrscheinlich aus einigen geplatzten emphysematösen Lobulis der linken Lunge ausgetretenen Luft ca. 6 Wochen in Anspruch. Beim zweiten Mal, etwa 10 Monate später, erfolgte der Luftaustritt in zwei Absätzen von 4 Tagen Abstand: die Wiederaufsaugung war binnen kaum 4 Wochen

[1]) Die rascheste Heilung erzielte B. binnen 2 Monaten, die langsamste (bis zur Vernarbung) in $15^1/_2$ Monaten.

beendet, ohne Hinterlassung von weiteren Störungen. Nicht recidivirende Fälle von einfachem Pneumothorax sah Bull selbst 2 Mal, doch fand er nirgends in der Literatur einen solchen, wie den erwähnten. **Sänger** (Leipzig).

J. Fayrer. Liver Abscess.

(The Practitioner 1877. Juli.)

Verf. giebt, gestützt auf reiche eigene Erfahrungen, einen kurzen Abriss der Symptome und des klinischen Verlaufes des Leberabscesses. Zwischendurch werden zur Veranschaulichung der theoretischen Ausführungen einige interessante Fälle angeführt.

Die Diagnose des Leberabscesses ist oft leicht, ebenso oft aber sehr schwierig. Verf. glaubt, dass Leberabscesse auch in Europa viel häufiger vorkommen, als dies bisher angenommen wurde, zumal bei Leuten, die längere Zeit in tropischen und Malaria-Gegenden gelebt haben. Indess bleiben immerhin die Tropen die eigentliche Heimath dieser Krankheit. Sie ist ebenso häufig idiopathisch, wie sie als Complication bei Dysenterie vorkommt. Im letzteren Falle entstehen die Abscesse durch Resorption putrider Stoffe vom Darm her und Importirung derselben in die Leber. Hier handelt es sich meist um multiple, kleine Abscesse, während die genuinen Leberabscesse meist solitär und gross sind.

Es folgt die Symptomatologie eines gewöhnlichen Leberabscesses. Die ersten Symptome sind die einer Congestion: Schwellung, Schmerzhaftigkeit der Leber, Fieber mit oder ohne Initialfrost, Schmerzen in der rechten Schulter, Unmöglichkeit, auf der linken Körperseite zu liegen wegen Schwere der Leber; profuse Schweisse; Magenschmerz, Erbrechen durch Druck auf den Magen und den Vagus; Icterus, stark saturirter Urin. Häufig besteht deutliche Vorwölbung des rechten Hypochondriums.

Aber alle diese Symptome können fehlen oder so undeutlich sein, dass erst die auftretende Fluctuation oder eine plötzliche Evacuation des Eiters in Darm, Lunge, Magen, Cavum peritonei den Fall aufklärt.

Die Schmerzen bei Leberabscess entstehen durch Mitleidenschaft des Peritoneums und der Nachbarorgane. Sitzt der Abscess tief im Parenchym, so macht er keine Schmerzen; nähert er sich beim Durchbruch der Oberfläche, oder sitzt er primär oberflächlich, so verursacht er heftige Schmerzen. Kleine, central sitzende werden deshalb leicht verkannt.

Als typisches Beispiel eines genuinen Leberabscesses wird folgender Fall mitgetheilt: Ein 29jähriger Mann erkrankt unmittelbar nach einer mehrstündigen militärischen Uebung in brennender Sonnenhitze mit lebhaftem Kopfschmerz. Nach wenigen Tagen Schmerzen und Gefühl von Völle in der rechten Seite. Nach 11 Tagen beginnende Eiterung, nach 53 Tagen fluctuirende Geschwulst hinten rechts von der Wirbelsäule unter der letzten Rippe. — Oeffnung, Heilung in wenigen Wochen.

Schwieriger zu diagnosticiren war folgender Fall: Ein 21jähriger Engländer bekam nach einem 3jährigen Aufenthalte in Bengalen ein Gefühl von Völle in der Lebergegend, Verdauungsbeschwerden und allgemeines Unwohlsein. Er war anämisch und icterisch, die Leber war nach unten vergrössert. Alle übrigen Symptome fehlten. Nachdem er vergeblich auf verschiedene Leiden hin behandelt war, bekam er zufällig einmal einen Stoss gegen das rechte Hypochondrium, der sofort von einem Ohnmachtsanfall und von Erbrechen einer grossen Menge Eiters gefolgt war. — Rasche Heilung. Hier hatte der Abscess sich in den Magen entleert.

Es kann ein grosser Abscess bestehen ohne deutliche Symptome; die bestimmtesten Symptome können vorhanden sein, ohne dass ein Abscess besteht, wenigstens ohne dass er zur Cognition kommt. Daher die Schwierigkeit der Diagnose. Das wichtigste diagnostische Hülfsmittel in zweifelhaften Fällen ist die Thermometrie.

Erwähnt wird die Häufigkeit neuer Abscedirungen in oder um alte, ausgeheilte Abscesse, sobald die betreffenden Individuen wieder den alten Schädlichkeiten ausgesetzt werden.

Den Schluss bilden therapeutische Anweisungen ohne Interesse.

Rinne (Berlin).

E. Fischer. Ueber die Ursachen der verschiedenen Grade der Atrophie bei den Extensoren der Extremitäten gegenüber den Flexoren.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. VIII. p. 1.)

Verf. macht darauf aufmerksam, dass bei den verschiedenen Erkrankungen der Extremitäten, welche dauernde Ruhe derselben zur Folge haben, es hauptsächlich und zuerst die Extensoren sind, welche der Atrophie anheimfallen. Bei der Untersuchung der Gründe dafür zog Verf. auch andere Muskelaffectionen in das Bereich seiner Betrachtungen, wobei sich ein ähnliches Verhalten ergab. Traumatische und rheumatische Lähmungen, die progressive Muskelatrophie, die Atrophia musculorum lipomatosa, befallen vorwiegend die Extensoren. Bei Hirn- und Rückenmarksleiden sind Lähmungen der Extensoren und Contracturen der Flexoren häufig; die Bleilähmungen befallen vorwaltend die Streckmuskeln.

Verf. hält für die Ursache dieses Verhältnisses die weniger vollkommene Ernährung der Streckmuskeln der Extremitäten. In Bezug auf den Blutkreislauf liegen sie mehr peripher als die Beuger; sie sind von einer dickeren, weniger nachgiebigen Fascie bedeckt, welche allen Schwellungen einen grösseren Widerstand entgegensetzt, und so zu Blutstauungen Anlass giebt. Als Illustration hierfür führt Verf. die syphilitische Muskelerkrankung an, deren diffuse Form mit dem Charakter einer subacuten Myositis, welche zu Bindegewebsproliferation führt, die besser ernährten Beuger befällt, während die circumscripte Form hauptsächlich die Extensoren ergreift und

nicht mit Bindegewebswucherung, sondern mit Erweichung und fettigem Zerfall der Gewebe endet.

Gersuny (Wien).

Lister. A new operation for fracture of the patella.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. II. p. 850.)

In einem Falle von Querfractur der Patella eröffnete L. das Kniegelenk, säuberte die Oberfläche der Fragmente und legte als Drain für das Kniegelenk Pferdehaare ein. Dann durchbohrte er beide Fragmente, führte eine Silberdrahtnaht hindurch und vereinigte die Haut. Jetzt nach 6 Wochen ist die Wunde vollkommen geheilt, der Draht ragt unter dem Schorfe hervor und soll nach 14 Tagen, wenn feste Knochenvereinigung eingetreten ist, entfernt werden. Nie ging die Temperatur über 100° F., das Allgemeinbefinden war stets normal.

Pilz (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

Richter. Noch einmal das Aneurysma arteriae mening. mediae vom IV. Bd. p. 473—485.

(Deutsche Zeitschr. für Chir. VIII. Bd. p. 107.)

An dem in der Ueberschrift bezeichneten Orte wurde von Kremnitz ein Fall von Aneurysma art. mening. med. mitgetheilt, in welchem die Carotis unterbunden worden war. Verf. theilt den weiteren Verlauf des Falles mit. Allmälig kehrten die Pulsation des Tumors und die damit verbundenen Beschwerden wieder. Unterbindung der Art. temporalis und auricularis posterior sowie directe Compression wurden erfolglos angewandt.

Später wurde die dem Sitz der Geschwulst entgegengesetzte Körperhälfte gelähmt, dann stellten sich wiederholt Anfälle von Convulsionen ein, und endlich erlag die Kranke (2¼ Jahr nach der 1. Operation). Die Section ergab, dass es sich nicht um ein Aneurysma handelte, sondern um ein grosszelliges Spindelzellensarcom mit weiten Gefässen, welches in der Diploë des Schädels entstanden war, die Lamina externa und interna der Schläfen- und Hinterhauptsschuppe und des Seitenwandbeines auseinander gedrängt hatte und nach aussen durchgebrochen war. Die innere Lamelle war nur gegen die Basis cranii zu von der Geschwulst durchbrochen.

Gersuny (Wien).

Cayley and Lawson. Cases of abdominal disease; Middlesex hospital.

(Med. times and gazette 1877. Oct. 27.)

1) 26jähriges Kindermädchen, seit 8 Tagen erkrankt unter Erbrechen und heftigen Schmerzen in beiden Fossae iliacae, zeigt bei der Aufnahme starke Schmerzhaftigkeit um den Nabel, vermehrte Resistenz in beiden Fossae iliacae, hohes Fieber. Die interne Untersuchung ergab eine fluctuirende Geschwulst zwischen Scheide und Mastdarm. Punction an der prominentesten Stelle von der Vagina aus, die Oeffnung wird mit dem Messer erweitert; reichliche Mengen stinkenden Eiters entleert; Drainage, desinficirende Ausspülungen. Nach einem Monat war der Abscess bis auf eine kleine, kaum secernirende Höhle ausgeheilt.

2) 47jähriger Maschinenarbeiter, bis vor drei Tagen ganz gesund; plötzlich heftige Schmerzen um den Nabel, Erbrechen, Stuhlverstopfung. Bei der Aufnahme Zustand hochgradigen Collapses, Erbrechen, paroxysmenartig auftretende Schmerzen in der Nabelgegend, in welcher eine querverlaufende Erhebung zu sehen ist, die weniger tympanitischen Klang giebt, als die übrigen Stellen des Abdomen. Mässiges Fieber; kein Stuhl. Drei Tage lang Versuche durch forcirte Klysmata,

die Obstruction zu heben; am 4. Enterotomie; Schnitt durch die Weichtheile des Abdomen wie bei der Colotomie auf der rechten Seite; zwei Dünndarmschlingen, eine aufgetrieben, die andere collabirt, stellen sich in die Wunde; erstere in die Wunde eingenäht und incidirt, grosse Mengen Darminhalt entleert. Das Erbrechen hält an, Pat. collabirt mehr und mehr und stirbt 22 Stunden nach der Operation. — Die Section ergab, dass sich in dem rechten untern Ende des grossen Netzes ein Spalt befand, durch welchen ein Stück Dünndarm von 40 Zoll Länge (nach unten hin bis 4 Zoll an die Iliocoecalklappe reichend) hindurch geschlüpft und ziemlich fest eingeschnürt war. Der freie Theil des einklemmenden Rings war so dünn wie eine Peitschenschnur und bestand aus Fett und Bindegewebe. 25 Zoll oberhalb der eingeklemmten Partie befand sich die Operationswunde. Ausserdem fand sich beginnende allgemeine Peritonitis. Verf. glaubt, dass der einklemmende Ring entstanden ist durch einen Riss im Netz, da bei dem Mangel jeder adhäsiven Entzündung sonst am Peritoneum ein entzündlicher Ursprung auszuschliessen sei.

H. Wildt (Berlin).

Cases of abdominal abscess.

(Medical times and gazette 1877. Sept. 29.)

1) London Hospital; under the care of **Mr. Rivington.**

50jähriger Buchdrucker; grosse Geschwulst unterhalb des Nabels, die im horizontalen Durchmesser acht, im vertikalen vier Zoll betrug. Haut adhärent, nicht verschieblich, braunroth verfärbt; undeutliche Fluctuation. Die Affection bestand seit fünf Wochen, Geschwulst in den letzten Tagen sehr rapid gewachsen. Durch Incision wird fäculent riechender Eiter und stinkendes Gas entleert. Das Secret wurde bald geruchlos. 10 Tage nach der Incision eine ziemliche Quantität Koth aus dem Abscess entfernt. 14 Tage später Pat. geheilt entlassen.

2) Cleveland Street Asylum. Under the care of Dr. **Lediard.**

49jähriger Arbeiter, der früher an Dysenterie gelitten, kommt mit Klagen über Schmerzen im Leib, Diarrhoe und Abmagerung seit 4 Monaten. Nichts Abnormes nachweisbar ausser einigen vergrösserten Lymphdrüsen in der Weiche. Nach vier Wochen Pyurie und Strangurie, doch entdeckt der Katheter nichts Abnormes in der Blase. Die Eiterausscheidung mit dem Harne dauert an, ebenso die Schmerzen im Abdomen; es gesellen sich dazu Schmerzen im rechten Hüftgelenk und in der Lendengegend. Pat. stirbt fünf Monate nach der Aufnahme unter zunehmendem Marasmus. Die Section ergab einen grossen Abscess im rechten Iliopsoas und in dem Beckenbindegewebe der rechten Seite, mit Durchbruch in die Blase. Wirbel- und Beckenknochen gesund. Geschwüre und stenosirende Narben von der Flexura sigmoidea bis zur Iliocoecalklappe; secundärer Abscess in der Leber. Vereiterung des rechten Hüftgelenks. **H. Wildt** (Berlin).

A. Kjellberg. Fall von congenitaler Contractur des Sphincter ani externus.

(Nordiskt medicinskt Arkiv Bd. IX. Hft. 4.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von congenitaler Contractur des Sphincter ani externus.

1) 10monatliches Mädchen; seit der Geburt ist der Stuhlgang mit Beschwerden verbunden und schmerzhaft. Diese Beschwerden wurden anfangs durch Klysmata gehoben, erforderten aber später einen operativen Eingriff — die forcirte Dilatation.

2) 14 Tage alter Knabe, der seit der Geburt erst zweimal ohne Anwendung von Laxans oder Klysma Stuhl gehabt hatte. Die Contractur wurde wie im ersten Falle behandelt, doch stellte sich dieselbe nach ca. 3 Wochen wieder ein, so dass nochmals dilatirt werden musste; darauf Heilung.

K. hat bis jetzt die Affection im Ganzen fünf Mal beobachtet. —

Th. Kölliker (Würzburg).

J. Veit. Ueber einen Fall von Carcinom des Uteruskörpers.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. I. Hft. 2. p. 467.)

Als Verf. die 57jährige Patientin zuerst sah, fand er im äusseren Muttermund die Spitze eines Polypen, der vom Fundus ausging. Am andern Tage, als derselbe

Flüssigkeiten, namentlich Blut, lässt man etwas länger, womöglich einige Stunden trocknen. So zubereitete Deckgläschen kann man auch Wochen und selbst Monate lang, vor Staub geschützt, aufbewahren, ohne dass sich die angetrockneten Bacterien verändern. K. hat sich ein Kästchen für zwanzig Deckgläschen machen lassen, welches ebenso eingerichtet ist, wie die zur Aufbewahrung mikroskopischer Präparate gebrauchten Kasten. Man ist durch diese portabeln Kästchen in den Stand gesetzt, bei Sectionen, am Krankenbette etc. Proben von Flüssigkeiten, welche man auf Bacterien untersuchen will, jederzeit zu sammeln. Deckgläschen mit angetrockneten Bacterien lassen sich gut versenden. Ein weiterer Vortheil besteht darin, dass in der Zeit von der Entnahme der Flüssigkeit bis zu der Untersuchung derselben ein Entwickeln oder Eindringen fremder Bacterienarten, wie es bei anderen Untersuchungsverfahren gewiss schon vorgekommen ist, hier durch das schnelle Eintrocknen unmöglich gemacht wird.

Von grösster Wichtigkeit ist nun, dass die Bacterien durch das Trocknen durchaus nicht zerfliessen oder zu unförmlichen Massen zusammenschrumpfen, sondern wie ganz starre, von einer Schleimhülle umgebene Körper vermittelst dieser Schleimhülle am Glase ankleben und eintrocknen, ohne ihre Gestalt merklich zu verändern. Dem entsprechend sind die Bacterien nach dem Eintrocknen von einem mehr oder weniger deutlich zu erkennenden, scharf begrenzten, glashellen Saum umgeben. Die einzigen auffallenden Veränderungen, welche vorkommen, bestehen in der Abplattung der kugligen, gelappten oder verzweigten Zoogloeamassen und in der Verwandlung schraubenförmiger Körper in eine Wellenlinie. Dieser Uebelstand aber lässt sich dadurch vermeiden, dass man sofort nach dem Eintrocknen das Präparat in der weiter unten beschriebenen Weise wieder aufweicht. Durch das hierdurch stattfindende Wiederaufquellen der Schleimhülle der Bacterien wird es ermöglicht, dass die Spirale oder der Zoogloeahaufen ihre natürliche Gestalt wieder annehmen.

Der zweite Act des Verfahrens besteht in dem Aufweichen und Färben der Bacterienschicht. Zum Aufquellen der Bacterienschicht, ohne dass sie sich vom Glase ablöst, hat sich bei K. eine Lösung von essigsaurem Kali (1 Theil auf 2 Theile Aq. dest.) bewährt. Die Bacterien nehmen in derselben vollkommen ihre ursprüngliche Form wieder an, werden aber blasser und durchsichtiger, als sie waren. Man kann die Flüssigkeit auch zum Conserviren der Präparate anwenden und letztere sofort verkitten. Präparate, von K. vor 16 Monaten in dieser Weise angefertigt, sind bis jetzt noch ganz unverändert. — Als Farbstoffe eignen sich am besten die Anilinfarben, welche als Reagens zur Unterscheidung der Bacterien von krystallinischen und amorphen Niederschlägen, auch von feinsten Fetttröpfchen und anderen kleinsten Körpern dienen. Ausserdem wirken sie ähnlich, wie das essigsaure Kali. Fuchsin, Methylviolett und Anilinbraun ergeben die besten Resultate. Von einer concentrirten spirituösen Lösung des Methylviolet oder Fuchsin setzte K. einige

Tropfen zu 15 — 30 g destillirten Wassers, so dass sich letzteres intensiv färbt. Hiervon werden mittelst einer Pipette einige Tropfen auf die zu färbende Bacterienschicht gebracht und wird die Flüssigkeit auf dem Deckglase durch Drehen desselben in beständiger Bewegung gehalten. Nach einigen Secunden wird das Deckglas so schräg gehalten, dass die Anilinlösung an den Rand fliesst und die Bacterienschicht frei wird. An der mehr oder weniger blauen Farbe der letzteren erkennt man dann leicht, ob sie schon genügend gefärbt ist, oder ob man die Procedur so lange wiederholen muss, bis die gewünschte Färbung erreicht ist. Wenn die Anilinlösung zu schwach ist, dann löst sich die Bacterienschicht vom Glase ab, ist sie zu concentrirt, dann färbt sich die Grundsubstanz, welche die Bacterien umgiebt, zu stark und letztere heben sich zu wenig von ihrer Umgebung ab. Sobald der richtige Grad der Färbung erreicht ist, wischt man die Anilinlösung vom Rande des Deckglases ab oder saugt sie mit Fliesspapier vollständig weg, oder man spült sie mit destillirtem Wasser oder einer verdünnten Lösung von essigsaurem Kali (1:10) fort. Auch hierin verhalten sich die einzelnen Präparate verschieden; manche vertragen das Abspülen mit destillirtem HO, andere wieder nicht.

Die Färbung mit Anilinbraun ist von der eben beschriebenen mit Methylviolett und Fuchsin etwas verschieden. Da die mit Braun gefärbten Präparate in der Lösung von essigsaurem Kali ihre Farbe verlieren, dagegen die Aufbewahrung in Glycerin vertragen, so hat K. sie gleich von vorn herein mit einem Tropfen einer concentrirten Lösung von Anilinbraun in gleichen Theilen Glycerin und Wasser, welche Mischung von Zeit zu Zeit filtrirt werden muss, bedeckt und einige Minuten stehen gelassen. Alsdann kann man die Farbstofflösung von der nun genügend gefärbten Bacterienschicht mit reinem Glycerin abspülen.

Eiweisshaltige Substanzen (Blut, Eiter etc.) lassen sich mit den wässrigen Lösungen des Methylviolett und Fuchsin nur schlecht färben, geben dagegen mit in Glycerin gelöstem Braun ganz vorzügliche Präparate, welche sich auch besonders gut zum Photographiren eignen.

Conserviren. Zum Einlegen in Canadabalsam eignen sich nur die mit Methylviolett und Fuchsin gefärbten Präparate. Man lässt sie nach Entfernung der Färbeflüssigkeit $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde liegen, so dass sie wieder vollkommen trocken geworden sind und kann sie dann in gewöhnlicher Weise in Canadabalsam einlegen. Gute Photographien von Canadabalsam-Präparaten zu erhalten, ist K. bis jetzt nicht gelungen.

Mit Methylviolett und Fuchsin gefärbte Präparate müssen, wenn sie zum Photographiren benutzt werden sollen und wenn man die Bacterien in möglichst natürlicher Form erhalten will, in eine Lösung von essigsaurem Kali (1 : 2) und zwar unmittelbar nach Entfernung der Farbstofflösung noch feucht eingelegt und mit einem der gewöhnlichen gebrauchten Kitte verschlossen werden. Glycerin ist zum Einlegen dieser Präparate unbrauchbar, weil es die Farbe auszieht.

Für die mit Anilinbraun gefärbten Präparate ist dagegen Glycerin die beste Conservirungsflüssigkeit.

Zum Photographiren der Präparate bediente sich K. später des Apparates von Fritsch, welcher unter Anwendung von Sonnenlicht das Photographiren bei stärksten Vergrösserungen ermöglicht (beschrieben in der photographischen Zeitschrift: »Licht«, herausgegeben vom photogr. Verein zu Berlin. Berlin, Verlag von Liebheit und Thiesen 1869, I. Jahrg. p. 140). Bezüglich dieser Methode, sowie der Beschreibung der schönen Photogramme muss auf das Original hingewiesen werden. Zum Schluss sei noch hervorgehoben, dass sich das Extr. campech. in einer concentrirten wässerigen Lösung, welcher, um Schimmelbildung zu verhüten, ein wenig Campher zugesetzt wurde, ganz vortrefflich zur Färbung der Geiseln an den Bacterien eignet. Durch vorsichtigen Zusatz dieser Lösung zu bacillen- und spirillenhaltiger Flüssigkeit gelingt es sehr leicht, die Geiseln sichtbar zu machen. Noch deutlicher sind sie zu sehen, wenn man die Lösung einige Zeit auf die am Deckglase eingetrocknete Bacterienschicht einwirken lässt, entfernt und das Präparat wieder eintrocknet. Behufs Conservirung solcher Präparate empfiehlt es sich, dass man das Deckglas nach der Behandlung mit Extr. campech. in eine schwache Chromsäurelösung oder in Müller'sche Lösung bringt, es bildet sich dann eine braunschwarze, unlösliche Verbindung des Extr. campech. mit Chrom. Hierauf kann man das Präparat in Glycerin oder nach nochmaligem Eintrocken in Canadabalsam einlegen. Wahrscheinlich kommen allen mit selbständiger Bewegung versehenen Bacterien Geiselfäden zu.

H. Tillmanns (Leipzig).

E. Knorr. Ueber Entwicklung und Gestaltung des Heeres-Sanitätswesens der europäischen Staaten. Vom militärisch-geschichtlichen Standpunkte.

Hannover. 1877. October. Hft. I. 8. 96 Seiten.

Eine Geschichte des Heer-Sanitätswesens aus der Feder eines Officiers ist an und für sich schon eine beachtenswerthe Erscheinung; sie beweist, welchen Antheils sich die Kriegsheilkunde gegenwärtig in streng militärischen Kreisen erfreut. — Verf. betont in der Einleitung die Wichtigkeit der Heilkunde für die Wehrkraft und Schlagfertigkeit einer Armee und bezeichnet es als eine unabweisliche Pflicht jedes Truppenführers, der Erhaltung der Gesundheit seiner Soldaten die grösste Sorgfalt zuzuwenden. Er charakterisirt im Allgemeinen den Entwicklungsgang der Militärheilpflege in den europäischen Staaten und erörtert hierbei besonders die Berücksichtigung, welche man der prophylaktischen Gesundheitspflege, der Militärhygiene, zu den verschiedenen Zeiten hat zu Theil werden lassen. »Im Ganzen und Grossen muss man leider sagen, dass bisher zwischen der Sorge, welche man der Erhaltung der Gesundheit des Soldaten einerseits und der Pflege des kranken Soldaten andererseits gewidmet, ein grosses Miss-

verhältniss besteht, indem für Lazarethe viel mehr, als für die Gesundheitspflege geschieht.« Im speciellen Theil behandelt das vorliegende erste Heft die Geschichte des Santitätswesens von den ältesten kriegführenden Völkern an (Indier, Aegypter und Hebräer) bis auf die Zeit des preussischen General-Chirurgus Goercke. Die Wirksamkeit dieses Mannes und seine fundamentalen Schöpfungen für die Armee (z. B. med.-chir. Friedrich-Wilhelms-Institut) werden mit Wärme geschildert. Wir können auf die interessanten Details dieser Entwicklungsgeschichte nicht näher eingehen, empfehlen jedoch die Lectüre allen denjenigen, welche sich für den Gegenstand interessiren, aufs Angelegentlichste. — **A. Hiller** (Berlin).

Port. Ueber epidemiologische Beobachtungen in Casernen. (Ein Vortrag.)

München, J. A. Finsterlin, 1878, 30 Seiten.

P. schildert in allgemeinen Zügen die Wichtigkeit eines neuen, noch in erster Entwicklung begriffenen Zweiges im militärärztlichen Dienstbetrieb, nämlich die Erforschung der Salubritätsverhältnisse in Casernen durch fortgesetzte localistische Untersuchungen, insbesondere des Erdbodens, der Wohnungen, des Trinkwassers, des Grundwasserstandes, der Luft und gewisser meteorologischer Verhältnisse. Ganz treffend bezeichnet Verf. diesen Theil der militärärztlichen Thätigkeit als »Gesundheitswachtdienst«. In München hat sich ein Verein von Militärärzten gebildet, welcher bereits seit Jahren derartige Untersuchungen in dortigen Casernen nach einheitlicher Methode ausführt. Auf der letzten Naturforscher-Versammlung konnte P. schon ein ansehnliches Material bezüglicher statistischer Aufzeichnungen als eine Frucht der Arbeiten dieses Vereins vorlegen. Welche Schlussfolgerungen sich daraus bezüglich der Cholera- und Typhusaetiologie in den Münchener Casernen bisher ergeben haben, hat P. in den »Berichten der Cholera-Commission für das deutsche Reich« (Hft. 4) niedergelegt.

Wenn man auch in manchen Dingen mit dem Autor sehr verschiedener Ansicht sein kann, — es gilt dies namentlich von der vermeintlichen Fruchtlosigkeit der Trinkwasser-Untersuchungen, von der Bestimmung des Chlorgehalts im Wasser als einzigen Factors für die Beurtheilung seiner Güte, von dem Ausbleiben oder Eintreten der Bacterientrübung in einer Nährflüssigkeit als Maassstab für das Vorhandensein oder Fehlen von Bacterien in der Luft (p. 26), von der Allgemeingefährlichkeit dieser letzteren u. s. w., — so muss man ihm doch Dank wissen, dass er das Interesse für diesen wichtigen Zweig beruflicher Thätigkeit unter den Militärärzten gefördert hat. **A. Hiller** (Berlin).

L. Brieger. Zur physiologischen Wirkung der Abführmittel.

(Arch. f. exper. Path. u. Pharm. VIII. p. 355—360.)

Im pathologischen Institut zu Breslau hat B. über die Wirkungsweise der Abführmittel Untersuchungen angestellt. Morphinisirten Hunden wurden nach Eröffnung des Abdomen in abgebundene Darmschlingen nach vorgängiger Entleerung ihres Inhalts und Ausspülung mit Wasser, die zu prüfenden Medicamente mittelst Stichkanüle injicirt. In der Regel $4^1/_2$ Stunden danach ward das Thier getödtet und die Darmschlinge selbst, wie ihr Inhalt, genauer untersucht. Nach Injection von Mittelsalzen (5 g einer 20% Lösung von Magn. sulph. aufsteigend bis zu 2 g einer 50% Lösung) waren die Darmschlingen stets prall gefüllt mit hellgelber, dünner Flüssigkeit, welche Amylum in Zucker umsetzte und Fibrin innerhalb 12 Stunden auflöste, überhaupt, abgesehen von ihrer geringeren Concentration, in allen Eigenschaften mit dem von Thiry aus künstlichen Darmfisteln gewonnenen Safte übereinstimmte. Es kommt somit den Mittelsalzen eine directe Wasseranziehung, verbunden mit Anregung der secretorischen Thätigkeit der Darmdrüsen, zu. — Nach Injection von Laxantien (Calomel, Senna, Rheum, Aloë, Ol. Ricin., Gummigutti), waren die Darmschlingen ausnahmslos leer, fest contrahirt, die Schleimhaut selbst unverändert und nur in ihrer ganzen Ausdehnung mit dem eingebrachten Medicament überzogen. Die Laxantien regen also wahrscheinlich nur die Peristaltik an. Das Gleiche wie bei den Laxantien, ergab sich nach Einführung kleiner Dosen der Drastica (Ol. Croton., Extr. Colocynth.); nach grösseren Dosen derselben war die Schleimhaut des Darmes in ihrer ganzen Ausdehnung entzündet und prall mit blutigem Inhalt erfüllt. Mikroskopisch sah man reichliche Mengen rother, viele weisse Blutkörperchen, reichliche Darmepithelien und Fibrinflocken. Der blutige Darminhalt löste gleichfalls Fibrin und setzte Stärkekleister in Zucker um. Es tritt also bei Einführung der Drastica zu der Hypersecretion seitens der drüsigen Elemente der Darmschleimhaut eine acut entzündliche Exsudation hinzu. **J. Munk** (Berlin).

Kaposi. Zur Pathologie und Therapie einzelner Hautkrankheiten.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 35.)

Im I. Bande der 2. Auflage der Hautkrankheiten von Hebra und Kaposi hat letzterer eine zweite Form des Lichen ruber beschrieben, und die früher bekannte Form Lichen ruber acuminatus, die zweite Lichen rub. planus bezeichnet. Die dortige kurze Mittheilung wird jetzt vervollständigt. Beim Lichen ruber planus entstehen hirsekorngrosse und viel kleinere, braunrothe bis ganz blasse, wachsartig schimmernde, flache, sehr derbe Knötchen, die im Cen-

trum ein Grübchen haben. Die Knötchen stehen anfangs unregelmässig disseminirt, dann bilden sie Reihen oder, häufiger und später, Plaques von Linsen- bis Thalergrösse durch Aufschiessen neuer Knötchen an der Peripherie. Die mittleren Knötchen der Plaques sinken zu grösseren Dellen ein. Die meisten Fälle des Lich. rub. planus können mit der Zeit eine universelle Verbreitung erlangen. Sein Einfluss auf den Gesammtorganismus ist geringer als der des Lich. rub. acuminatus. Hinsichtlich der Diagnose und Therapie verweist K. auf das oben erwähnte Handbuch. Arsenik hat sich als sicheres Heilmittel bewährt. **v. Mosengeil** (Bonn).

---

v. Hebra. Zur Therapie der Acne rosacea.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 1.)

Verf. theilt unter kurzer Anführung von sechs Fällen des genannten Leidens seine gegenwärtig dagegen geübte Therapie mit. Den ersten Grad der Erkrankung, welche nicht nur die Nase, sondern auch Stirn und Wangen befällt, bestehend in intensiver Röthe und Pusteln, bekämpft H. durch Sticheln, ähnlich, wie es seiner Zeit von R. Volkmann für Lupus vorgeschlagen und vielfach geübt wurde. Beim zweiten Grade, d. h. bedeutender Vergrösserung der Nase in toto, aber ohne Veränderung ihrer Form, durch Hypertrophie des Coriums bedingt und mit gleichzeitiger Gefässerweiterung einhergehend, wurde zugleich der schabende, scharfe Löffel, und bei dem dritten Grade, dem sogenannten Rhinophyma, d. h. fleischigen Excrescenzen, auch das Messer oder die elastische Ligatur (wenn zu starke Blutung zu fürchten war) angewandt. Durch Zeichnungen sind die Instrumente und ein besonders ausgezeichneter Fall verdeutlicht. **v. Mosengeil** (Bonn).

E. Rose. Der Kropftod und die Radicalcur der Kröpfe.

(Arch. für klin. Chir. 1878. Bd. XXII. p. 1.)

Für den rapiden Tod erwachsener Kropfkranker, der bei relativ kleinem Kropf und geringer Dyspnoe eintritt, fehlte bisher die richtige Erklärung. Verf. sieht als Ursache die fettige Erweichung und Atrophirung der Trachealknorpel an, wie sie durch Druck von einem Kropfknollen her zu Stande kommt, indem dadurch die Federkraft der Trachea verloren geht und die Gefahr des Umkippens derselben entsteht. So lange der Kropf selbst für die Trachea als Schiene dient, oder so lange der Kranke Kräfte genug hat, seiner Trachea die relativ günstigste Stellung zum Athmen zu geben, bleibt die Gefahr latent. Bei allen Schwächezuständen dagegen, bei Ohnmacht und in der Narkose wird diese Stellung nicht mehr gewahrt, die Trachea kippt an der Erweichungsstelle um, der Kranke erstickt. Wenn daher gegen diese Gefahr die Totalexstirpation des Kropfs empfohlen werden muss, so ist andererseits bei der Operation aufs

ängstlichste das Eintreten dieser »Kippstenose« zu vermeiden, indem in der Narkose nie der Kopf ohne den Schultergürtel gedreht werden darf und der Exstirpation die Tracheotomie vorangeschickt werden muss, wobei die Trachea durch eine lange Canüle von innen her geschient wird. Diese meist retrostrumöse Tracheotomie ist immer ausführbar, sobald man vom Brustbein her die Stelle aufsucht, wo unter dem Ringknorpel die seitlichen Kropflappen mit einander verlöthet sind, und an dieser Stelle mit Schonung des Kropfgewebes eindringt. Die Radicalexstirpation der Struma ist jeder partiellen vorzuziehen, weil sie meist blutloser und leichter ausführbar ist und kein fernerhin gefahrbringendes Gewebe zurücklässt.

Rose's Methode ist in kurzem folgende: Als vorbereitende Massregeln: Eisblasen an den Hals, Bettruhe, ein Laxans und flüssige Nahrung, um Pressen zum Stuhl und Blutung nach der Operation zu vermeiden. Bei der Narkose peinliches Einhalten der günstigen Kopfstellung; Hautschnitt T- oder V-förmig, möglichst gross; Blosslegung des Kropfs mit Schonung der Kapsel und Doppelunterbindung der Gefässe, wobei die eine Ligatur nie zu nahe der Kapsel gemacht werden darf; hierauf Eindringen zwischen die Kropflappen um die Trachea zu erreichen, Tracheotomie und lange Kanüle, deren Haltung einen eigenen Assistenten verlangt. Da mit diesem Act die Erstickungsgefahr beseitigt ist, wird hernach die Exstirpation in Musse ausgeführt; dabei ist die möglichst isolirte Unterbindung der Gefässe von Werth, weil leicht sonst Nerven mit abgeschnitten werden und Massenligaturen leichter abgleiten. Die Hälfte der Fadenenden bleibt als Drainage liegen, die lange Kanüle wird später mit einer kürzeren vertauscht, die Wunde möglichst offen behandelt. Der purulenten Mediastinitis, welche durch forcirte Athemmechanik und Aspiration zu Stande kommt, kann die Tracheotomie ebenfalls vorbeugen.

Im Anhang der interessanten Mittheilung sind 5 Todesfälle beschrieben, bei denen die oben geschilderte Todesursache theils vermuthet, theils erwiesen wurde, ausserdem 5 Totalexstirpationen mit einem Todesfall. **Mögling** (Tübingen).

Th. Keith. Report of fifth series of fifty cases of ovariotomy.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 8.)

Verf. hatte in der ersten Serie von 50 Fällen 11 Todesfälle, in der 2. 8, in der 3. 8, in der 4. 6, in der 5. vorliegende 4. Von diesen starben 2 comatös innerhalb 36 Stunden nach der Operation, 2 an Blutvergiftung. Die Fälle vom Juni 1875 bis November 1877 operirt, werden übersichtlich tabellarisch aufgeführt. Die Gestorbenen hatten ein Alter von 26, 45, 50, 53 Jahren, die Genesenen hatten ein Alter bis 20 Jahr 4 Mal, bis 30 Jahr 13 Mal, bis 40 Jahr 9 Mal, bis 50 Jahr 8 Mal, bis 60 Jahr 9 Mal, bis 70 Jahr 2 Mal; eine Frau

war 73 Jahr alt. Nur 9 Mal bestanden keine Adhäsionen der Cyste; in der Mehrzahl der Fälle waren dieselben sehr ausgedehnt, so dass in einem Falle 100 Ligaturen angelegt werden mussten; 3 Mal wurden beide Ovarien, 1 Mal ein Theil des Uterus mit entfernt. Von dieser Statistik sind ausgeschlossen worden: 1 Fall, in welchem K. zum 2. Male die Ovariotomie glücklich gemacht hat, 3 Fälle von vereiternder Dermoidcyste. 3 Mal konnte die Operation nicht zu Ende geführt werden, alle 3 starben. Bei $^4/_5$ aller Operirten ist die Klammer um den Stiel gelegt worden, nur bei sehr kurzem Stiel wurde das Cauterium angewandt. Die letzten 21 wurden unter Spray operirt.

Pils (Stettin).

Böters. Zur Behandlung der Blutungen nach Abort.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1877. No. 20.)

Verf. empfiehlt, die Entfernung von Eiresten nach Abort nicht mit dem Finger vorzunehmen, was oft ausserordentlich schwierig, ja ohne vorausgeschickte Erweiterung des Cervix durch Quellmittel nicht selten ganz unmöglich ist, sondern mit Simon's scharfem Löffel, und zwar ohne jede vorausgegangene Dilatation. Ausführung in Steissrückenlage, Blosslegung der Portio durch Simon'sche Specula, Ausspülung des Cavum uteri mit Carbollösung (3%), Abschabung der Innenfläche durch Löffelzüge, die vom Fundus nach dem Orificium gerichtet sind, unter mässigem Druck. Hierauf wiederum Carbolirrigation und dann Drainage des Uterus.

Die Narkose ist bei der Schmerzlosigkeit des Verfahrens unnöthig, welches von Schede in 9 Fällen auf der äusseren Abtheilung des Städtischen Krankenhauses in Berlin erprobt wurde.

Lassen sich auch gegen die Beweiskraft mehrerer der mitgetheilten Fälle begründete Einwände erheben, so ist jedenfalls ein Umstand von grossem Interesse: dass nämlich das Verfahren 2 Mal (F. 6. und 7) ausgeführt wurde, während parametritische Exsudate — das eine Mal ein »umfangreiches«, das andere Mal ein »festes, sehr empfindliches« — bestanden, ohne dass der parametritische Process eine Steigerung erfuhr. Hier würde die Erweiterung durch den Pressschwamm ebenso wie eine forcirte bimanuelle Exploration der Gebärmutterhöhle kaum ohne üble Folgen abgelaufen sein.

Löhlein (Berlin).

R. Volkmann. Ein Fall von acutem hämorrhagischen Infarct und Spontangangrän des Hodens.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 53.)

Verf. schildert einen höchst eigenthümlichen Fall, dem er einige ähnliche vorausschickt, welche nicht genügend aufgeklärt und vielleicht durch den vorliegenden etwas beleuchtet werden. Ein 15jähriger, schlecht entwickelter Lehrling bekam nach vorausgegangener

starker Arbeit plötzlich heftige Leibschmerzen, Diarrhoe und Erbrechen. Am nächsten Morgen trat mit Fieber Schwellung und Schmerz im linken Scrotum ein, die Leibschmerzen liessen nach. Als der Knabe in die Klinik kam, war das Scrotum durch ein hartes, entzündliches Oedem geschwellt, hat etwa den doppelten Umfang einer Männerfaust und ist links tiefdunkel geröthet, jedoch nirgends blutig suffundirt; die Berührung ist sehr schmerzhaft. Man glaubte, dass eine acute, spontane, eitrige Entzündung der Tunica vaginalis des linken Hoden vorliege, und man schritt zur Eröffnung des vermeintlichen Eiterherdes unter antiseptischen Cautelen, nachdem der Pat. narcotisirt worden war. Die Wunde klaffte weit, und das laxe Scrotalzellgewebe zeigte sich durch lymphatisches Oedem in ein festes durchscheinendes, myxom-artiges Gewebe verwandelt. Flüssigkeit lief weder spontan noch nach Druck ab. Nirgends in den Maschen des Zellgewebes Blutextravasate. Nach Incision der tiefdunkelblau schimmernden Tunica vaginalis propria testis entleert sich etwas mehr als ein Esslöffel flüssigen, dunkeln Blutes, und es präsentirt sich der etwa fünffach vergrösserte dunkelschwarzroth gefärbte Hode. Der Nebenhode ist gleich dunkel, und im Plexus pampiniformis ist überall geronnenes Blut. Von beginnender Gangrän zeigt sich weder am Hoden, noch Nebenhoden etwas. — Es wurde nun ein antiseptischer Occlusionsverband gelegt, bei dessen Wechsel sich ein völlig reactionsloser, aseptischer Zustand der Wunde zeigte. Allmälig schwillt das Scrotum ab, die Wunde verkleinert sich, der Hode verklebt mit der Umgebung und ist bei Berührung völlig anästhetisch. Statt des Lister'schen Verbandes wird ein Benzoewatte-Suspensorium angelegt und der Patient kommt stets zu Fuss zur Klinik. Der in toto nekrotisch gewordene Hode beginnt deutlich zu mumificiren, er giebt das Ansehen eines lederartigen dicken Kali causticum-Schorfes, hebt sich mehr und mehr aus dem sich zurückziehenden Scrotum hervor, bis die völlige Abstossung erfolgte. Der Nebenhoden ist mit abgestossen.

v. Mosengeil (Bonn).

A. Fischer (Budapest). Ein Beitrag zur Complication des einfachen, subcutanen Oberschenkelbruches.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 51 u. 52.)

Nach einleitenden, allgemeinen Bemerkungen über die Complicationen, welche im Bereiche des Nervensystems zu Fracturen im späteren Verlaufe hinzuzutreten pflegen und entweder durch Druck der Nerven seitens des gewucherten Callus bedingt oder von der primären Nervenaffection, deren Symptome sich erst nach Wochen zeigen können, abzuleiten sind, bringt Verf. folgende casuistische Mittheilung: Eine ältere, starke Frau stolpert über eine Thürschwelle und erleidet eine Fractura femoris 5 cm über der Patella. Im Gypsverband hat sie noch viele Schmerzen; nach 5 Wochen wird der Verband entfernt und die Fractur zeigt sich gut geheilt. Bald beginnen

schmerzlose Muskelcontractionen am Oberschenkel, besonders an den Beugemuskeln. Die Krämpfe dehnten sich zunächst auf den gesunden Oberschenkel, allmälig fast auf den gesammten Muskelapparat aus und sistirten nach keiner Medication, auch nicht in der Chloralnarkose. Allmälig wurde die Patientin soporös, die Zuckungen nahmen mehr und mehr ab, das Bewusstsein ging verloren und der Tod erlöste die Kranke. — Die Krämpfe hatten auch während des Schlafes nicht ausgesetzt; man suchte die Veranlassung im mechanischen Insult der Nerven in der Fracturgegend — (die Section ist leider nicht gemacht) — und Verf. will für das Krankheitsbild den Namen Chorea traumatica anwenden. Es werden die Momente, auf welche es bei der Differentialdiagnose zwischen Chorea traumatica und idiopathica ankommt, angegeben, und zum Schluss noch die von Westphal und Brown-Séquard angestellten Experimente mit vorliegendem Falle in Parallele gestellt, in welchen diese Autoren in 4 bis 6 Wochen nach Ischiadicusdurchschneidung clonische oder tetanische Krämpfe hervorzurufen im Stande waren. **v. Mosengeil** (Bonn).

Weisbach. Die sogenannte »Fussgeschwulst« — Syndesmitis metatarsea — des Infanteristen in Folge von anstrengenden Märschen.

(Deutsche militärärztliche Zeitschr. 1877. Hft. 12.)

Die bei marschirenden Soldaten so häufigen, schmerzhaften Anschwellungen des Fussrückens beruhen nach des Verf. genaueren Beobachtungen meist auf einer Entzündung der Sehnenscheiden und des tiefer gelegenen Bänderapparates des Fusses, insbesondere der stark gezerrten Ligg. transversa der Metatarsalknochen. Charakteristisch für dieses Leiden ist, dass immer nur die Bänder der Metatarso-Phalangealgelenke der 2., 3. und mitunter der 4. Zehe, niemals die der 1. und 5. Zehe ergriffen werden, was sich aus gewissen fehlerhaften Stellungen des Fusses in Folge von Ermüdung und Muskelschwäche und aus unzweckmässiger Vertheilung des Körpergewichts bei schlaffer Körperhaltung erklärt. Die Metatarso-Phalangealgelenke selbst können dabei ganz unbetheiligt sein; namentlich sind künstliche Bewegungen der 1. und 5. Zehe immer schmerzlos. Dagegen rufen Bewegungen in den Gelenken der 2., 3. und 4. Zehe heftige Schmerzempfindungen hervor, besonders an denjenigen Stellen, wo die Beugesehnen über die Capitula der Metatarsalknochen hinweglaufen; und ebenso Druck auf die Gegend der Verbindungsbänder der einzelnen Metatarsalköpfe untereinander. Diese localisirte Schmerzhaftigkeit ist so charakteristisch, dass man sie stets zu einer raschen Diagnose benutzen kann. — Sonst sind Oedem des Fussrückens und leichte rosige Reflexröthe der Haut die einzigen sichtbaren Symptome, die das Leiden macht.

Die Dauer der Erkrankung beträgt, bei der üblichen antiphlo-

gistischen Behandlung durchschnittlich 14 Tage. Verf. empfiehlt dringend die Behandlung im Lazareth, da, nach den Erfahrungen Breithaupt's im Badischen Feldzuge, consecutive chronische Entzündungen der Sehnenscheiden sehr leicht Dienstuntauglichkeit zur Folge haben können. **A. Hiller** (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

W. Busch. Ueber die Anwendung des Lister'schen Verfahrens bei Verbrennungen.

(Vortrag, gehalten am 4. Sitzungstage des VI. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1877.)

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 1. p. 151.)

Verf. reinigt Brandwunden sorgfältig mit Carbollösung und setzt den Brandherd selbst eine Zeit lang unter Carbolspray. Die verbrannten Stellen werden dann mit Leinwand, die mit Borsalbe bestrichen ist, bedeckt. Darauf folgt gewöhnlicher Verband mit Carbolgaze oder Salicylwatte. Wenn nicht gerade viele Brandblasen vorhanden sind, so kann der Verband ziemlich lange liegen bleiben. Die Granulationsbildung bleibt gering, die Eiterbildung ist auf ein sehr geringes Maass beschränkt, die Ueberhäutung geht sehr schnell vor sich. Die Narbe ist glatt und elastisch. (Auch Lister selber behandelt die Brandwunden ganz ähnlich. Ref.).

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

S. Paschkewitsch. Der Wasserglasverband.

(Beilage zu d. Protoc. der med. Ges. im Kaukasus 1877. No. 2.)

Gestützt auf 4jährigen ausschliesslichen erfolgreichen Gebrauch des Wasserglasverbandes, bevorzugt Verf. diesen Verband vor dem Gypsverbande, da derselbe 3—4 Mal leichter, fester und eleganter ist, als letzterer. Die Anwendung geschah vom Verf. in nachfolgenden Fällen: bei Fracturen der Extremitäten und des Unterkiefers, bei Hydrops genu, Tumor albus, acuten und chronischen rheumatischen Affectionen der Gelenke, nach Brisement forcé. Besonders empfohlen wird diese Verbandmethode für den Transport Verwundeter; für diesen Zweck empfiehlt Verf. eine Combination mit Pappschienen. **W. Grube** (Charkow).

K. Tolstoi. Fall von Tetanus traumaticus.

(Med. Obosrenie 1877. Nov.)

Der Fall betraf einen Bauern, der sich beim Fallen von einem Wagen das rechte Ohr abriss. — Am 3. Tage nach der Verletzung bei schon ziemlich vorgeschrittener Heilung, stellten sich Schlingbeschwerden ein, welche in vollständigen Tetanus übergingen. Der 3 Tage angewandte Gebrauch von Extr. Physostigm. innerlich und subcutan zu $^1/_8$—$^1/_4$ g stündlich, führte nur zur Verschlechterung des Zustandes; Chloralhydrat erleichterte wenigstens die Schmerzen. Tod am 24. Tage nach der Verletzung. **W. Grube** (Charkow).

A. Hard. Case of spontaneous gangrene.

(The Chicago med. Journ. and Exam. 1877. Vol. XXXV. Dec.)

Ein 16jähriges Mädchen von zarter Constitution, noch nicht menstruirt, litt im Winter 1876/77 periodisch an einer juckenden Urticaria. Am 19. April 1877 nahm sie derentwegen ein kaltes Bad, wurde aber hinterher noch allabendlich davon befallen. Am 26. April trat eine purpurrothe schmerzhafte Schwellung der Finger und Zehen mit Fieber und Schlaflosigkeit ein. Erster Herzton gespalten. Verstopfung. Im Urin Spuren von Zucker. Morphium und Digitalis. Die bluterfüllten Gewebe gangraenescirten indessen und führten in 2 Sitzungen zur Amputation fast aller Finger und Zehen. Heilung. Verf. macht, Embolien ausschliessend, doch das Herz für diese Vorgänge verantwortlich. (Deviatio menstruationis primae? Ref.) **Langenbuch** (Berlin).

A. Rossi. Fatto singolare di ferita d' arma da fuoco con permanenza della palla nel cervello ecc. ecc.

(Annali univ. di medicina 1877. December.)

Verf. erzählt von einem 17jährigen Burschen, welcher einen Revolverschuss in die linke Stirnhälfte erlitt. — Fractur des Stirnbeins, Gehirnvorfall, die Sonde dringt 5 cm in die Hirnmasse vor, ohne auf die Kugel zu stossen. Parese des rechten Arms. Der Mann wurde vollkommen geheilt, sowohl was körperliche als geistige Functionen betrifft, während er noch immer die Kugel in seinem Schädel trägt. **Menzel** (Triest).

W. Dulles. Four cases of cerebral injury.

(Philad. med. Times 1877. Sept. 29. No. 257.)

I. 46jähr. Mann hatte eine Fractur der Basis cranii erlitten. Er behielt eine beträchtliche Parese der linken Körperhälfte und totale Paralyse des linken Nervus oculomotorius (ptosis palpebr. sup., strabismus diverg., und Dilat. der linken Pupille) zurück. Auf Jodkali trat in $2^1/_2$ Monaten bedeutende Besserung ein, nur die Mydriasis persistirte.

II. Ein dickleibiger 55 Jahr alter Mann fiel auf den Kopf; sofort floss Blut aus Mund, Nase und dem linken Ohr aus, die Sonde fühlte in letzterem die rauhe Fracturstelle. Es bestand Hemiplegie links, welche am 2. Tage mit Eintritt von cerebralen Reizerscheinungen schwand. Am 3. Tage functionirten Blase und Rectum wieder normal, am 4. musste zur Beruhigung Bromkali gegeben werden. Heilung in $1^1/_2$ Monaten. Pat. hatte 50 Pfund an Körpergewicht verloren, sein Gedächtniss war vollständig geschwunden.

Im 3. und 4. Falle mischten sich das eine Mal Alkoholismus, vielleicht auch Symptome eines Sonnenstichs, das andere Mal Hysterie mit den Symptomen der Hirnerschütterung, so dass die Diagnose zweifelhaft blieb. Zur Section kam keiner der Fälle. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Heymann. Aus dem klinischen Ambulatorium des Prof. Störk.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 52.)

Verf. theilt zwei interessante Fälle mit, in welchen Anomalièn an der Halswirbelsäule den Grund für Respirations- und Schlingbeschwerden abgaben. Im ersten Falle lag ein Defect des Bogens am 3. Halswirbel vor, im zweiten eine Lordose des sechsten. Ein dem letzteren analoger Fall Sommerbrodt's wird citirt. **v. Mosengeil** (Bonn).

Ch. Pusey. Rupture of diaphragm; hernia of stomach and transverse colon; impacted fracture of neck of femur; death.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 571.)

Vorstehende Verletzung fand sich bei einem 56jähr. Manne, der 24′ hoch von einem Gerüste auf die linke Seite gefallen war. Er kam leicht collabirt in's Liverpooler Northern Hospital. Die Athmung war sehr mühsam; die rechte Brustseite erschien stark ausgedehnt. Trotz der heftigen Schmerzen in der linken Brustseite fand man keine Rippenfractur; der Percussionston war abnorm hoch, besonders im unteren Theil. Athmungsgeräusch bestand nur im oberen Theil, dagegen hörte man deutlich Gluckern und Klingen; in der ganzen rechten Lunge Athemgeräusch.

Das linke Bein war auswärts gerollt und konnte activ nicht in die normale Stellung gebracht werden, Flexions- und Rotationsversuche waren sehr schmerzhaft; bedeutende Anschwellung der Trochantergegend machte genauere Messung unsicher. Doch war das linke Bein deutlich $^1/_4$″ kürzer als das rechte in der Kindheit gebrochene. Obigem Befunde nach wurde die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit auf Hernia diaphragmatica und eingekeilte Schenkelhalsfractur gestellt. Pat. lebte 45 Stunden; die Section bestätigte die Diagnose. Der Riss im linken Zwerchfelltheile lag vor der Anheftung des Pericardiums, maass 4″ und reichte gleichmässig durch Muskel- und Sehnengewebe. In der linken Brusthöhle war das Herz nach rechts verdrängt die Lunge bis auf den Umfang von 2 Fäusten comprimirt. Darunter lag, 3″ lang und $2^1/_2$″ breit, der linke Leberlappen, 3″ Col. trans. und da-

hinter der ganze Magen mit einem Theile des grossen Netzes. Die Schwellung in der linken Hüftgelenkgegend war durch starken Bluterguss zwischen die Muskeln veranlasst; die Fractura colli femoris war eine eingekeilte. **Pilz** (Stettin).

R. Macnab. A case of diaphragmatic hernia of the entire stomach three years after the cure of empyema.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 11.)

Ein linksseitiges Empyem war bei einem 15jährigen Mädchen durch Aspiration entleert, hatte sich schnell wieder angesammelt und wurde dann durch Schnitt zwischen 3. und 4. Rippe, woselbst der Durchbruch drohte, eröffnet. Das Drainrohr konnte nach 4 Monaten entfernt werden. Während der ganzen Zeit war der Husten gering; die linke Thoraxhälfte sank nur unter der Clavicula etwas ein. — 3 Jahre später stellte sich plötzlich nach dem Essen heftige Uebelkeit und Würgen ohne Erbrechen ein; das Gesicht wurde bleich, Hände und Füsse kühl, der Leib schien eingesunken. Brechmittel. Sogleich volle Besserung, aber nach 1 Stunde begann anhaltendes galliges Erbrechen, später unstillbares Erbrechen kaffeesatzähnlicher Massen. Nach 2 Tagen Collaps und Tod. Section: Linke Brustseite erscheint voller, als die rechte; die Lunge auf die Grösse der Hand eines Erwachsenen reducirt, 1″ dick. Der übrige Pleuraraum ist erfüllt von dem mit dem Netz bedeckten Magen; die glatte Oeffnung in der Pars tendinosa des Zwerchfells lässt die conisch zusammengelegten Spitzen der 4 ersten Finger bequem durch; eine Einschnürung bestand an dieser Stelle nicht. Mit Bezug auf die Zeit der Entstehung der Hernie machte die Mutter die Angabe, dass im letzten Jahre die Tochter regelmässig über Schmerzen in der linken Brustseite nach dem Mittagsmahle geklagt, sie selbst häufig Gurren und Kluckern in der linken Brustseite gehört habe. Der wahrscheinliche Hergang war wohl der, dass bei der Entleerung des Empyems die Lunge den Raum nicht wieder ausfüllte, das Zwerchfell emporgedrängt, — vielleicht durch den vorhergegangenen ulcerativen Process verdünnt — allmälig an einer Stelle nachgab und nun die Hernie langsam zu Stande kommen konnte. **Pilz** (Stettin).

Weinlechner. Ovarialleistenhernie; Eierstock irreponibel, bedeutend geschwellt, Incarcerationserscheinungen, Herniotomie, Abtragung des Ovariums nach Ligatur des Stieles, Nachblutung, Parametritis, gangränöse Abstossung des Stieles, dies- und jenseits der Ligatur. — Heilung.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 46.)

Eine kräftige Person stürzte über eine Kellerstiege, wodurch sie sich angeblich einen Leistenbruch zuzog. Ein Bruchband hielt ihn 1½ Jahr lang zurück, worauf der Bruch wieder vortrat und irreponibel war. 1½ Stunde nach dem Heraustreten erfolgte Brechen unter heftigen Schmerzen, die nach der Regio hypochondriaca ausstrahlten. Die Taxis gelang nicht und die Incarcerationserscheinungen steigerten sich; so kam Pat. ins Hospital. In der rechten Leistengegend war ein über ganseigrosser Tumor, der vom Lig. Poupartii in zwei Abtheilungen geschieden war. Die Incarcerationserscheinungen waren nur unvollkommen, und Pat. giebt an, dass die Bruchgeschwulst zur Zeit der Menses, welche auch gegenwärtig vorlagen, anschwelle, so dass eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Ovarialhernie gestellt wurde. — Die Operation erhärtete diese Ansicht. Das geschwellte, irreponible Ovarium wurde nach doppelter Unterbindung des Stieles abgetragen, dieser im Niveau der Wunde durch eine Carlsbader Nadel befestigt und die Wunde bis auf die Winkel unter antiseptischen Cautelen vereinigt. Nach Abstossung der Ligatur traten Blutungen auf, so lange die Menses dauerten. Ein danach noch auftretendes parametritisches Exsudat entleerte sich ebenfalls durch die Wunde. Schliesslich erfolgte Heilung. **v. Mosengeil** (Bonn).

Madurowicz. Ausstossung eines nekrotischen Stückes Harnblase nach Reposition einer retrovertirten schwangeren Gebärmutter.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 51 und 52.)

Nach einschlägigen Bemerkungen über die Literatur ähnlicher Fälle theilt Verf. den oben erwähnten mit: Ein im vierten Monate schwangeres Weib zog sich durch Anstrengung bei gefüllter Harnblase eine Retroversio uteri zu; hierdurch, vielleicht unterstützt durch eine auf Stase beruhende Schwellung der Gebärmutter, wurde Compression und Dehnung der Harnröhre, sowie Urinretention bedingt; secundär folgte Reizung und Maceration der Blasenschleimhaut und Cystitis. Der Harn war fast drei Tage lang zurückgehalten gewesen und zeigte beim Catheterismus starke Zersetzung; der Uterus war danach von der Scheide her mit den Fingern leicht zu reponiren. Auf hiernach applicirtes Clysma erfolgten reichliche Entleerungen; die Blase wurde mit Carbolwasser ausgespült; das Fieber fiel, Kreuzschmerzen verschwanden, aber Blasenschmerzen nahmen zu, der Urin wurde trüber, und eine adhäsive Pericystitis zwischen Blase und Uterus resp. Gedärmen erschien wahrscheinlich. Allmälig steigerte sich das Fieber wieder und aus der Urethra schob sich eine strickartig zusammengedrehte Membran heraus, die sich als Harnblasenwandung erwies. Es folgte schnelle Heilung. Die Ausdehnung der Membran betrug etwa zwei Dritttheile der Blasenwand und hatte theilweise auch einen Peritonealüberzug. Die Details des interessanten Falles sind im Original nachzulesen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Porquet. Rétention d'urine.

(Année méd. de Caen. Jahrg. II. No. 3.)

P. wurde zu einem an Prostatahypertrophie leidenden Patienten gerufen, welcher sich wegen Retentio urinae häufig katheterisiren musste und sich dieses Mal einen falschen Weg beigebracnt natte. Nach erfolglosem Katheterismusversuche führte P. den Blasenstich mit dem Potain'schen Aspirateur aus, und wiederholte die Punction ein Mal täglich während einer Woche.

Wegen der Entfernung des Wohnortes des Patienten machte P. sodann statt der täglichen Hohlnadelstiche die Blasenpunction mit einem dicken Troikart und führte durch die Stichöffnung einen permanent liegenden Katheter in die Blase ein.

Erst nach zwei Monaten gelang, und nur ein einziges Mal, die Einführung eines Katheters durch die Urethra. —

Zwei Monate später fing der Urin an ganz spontan und ohne therapeutische Versuche durch die Urethra zu fliessen. Entfernung des Katheters aus der Punctionswunde. **Girard** (Bern).

B. Cohn. Ueber die anämisirende Behandlung der Erkrankungen an den Extremitäten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 44.)

Verf. hat die Esmarch'sche Einwirkung zur Aufsaugung von Entzündungs- und anderen Krankheitsproducten mit Erfolg angewandt, und zwar bei einer subcutanen Phlegmone mit Abscessbildung, bei einer nach Anstrengung aufgetretenen schmerzhaften Schwellung am Vorderarme und bei einem seit $1^1/_2$ Jahren bestehenden Tumor albus, der bis dahin durch forcirte Extension und Gypsverbände behandelt worden war. Die Constrictionsbinde darf, wie es scheint, etwas länger liegen bleiben, als man a priori annehmen möchte. **v. Mosengeil** (Bonn).

Szeparowicz. Sarcom des nervus medianus; Exstirpation der Geschwulst sammt der Art. brachialis und dem nerv. medianus ohne Verlust des Gefühles.

(Przegląd Lekarski 1877. No. 44.)

Eine 53jährige Arbeiterin kam im Juli 1876 ins Spital mit einem citronengrossen Tumor in der Mitte des Sulcus bicipitalis internus sinister und gab ein starkes einmaliges Kneipen an derselben Stelle als Ursache desselben an. — Mit Ausnahme einer unbedeutenden Motilitätsstörung im Zeigefinger wurde sonst nichts

Abnormes an der Hand und am Vorderarme constatirt. Es wurde die Diagnose auf ein aus der Nervenscheide entspringendes Sarcom gestellt. Operation. Bei derselben musste ein 10 cm langes Stück des Nervus medianus und der Art. brachialis herausgeschnitten werden, da beide mit dem Tumor innig verwachsen waren. Sowohl gleich nach der Operation als auch nach 5 Wochen bei der Entlassung der Pat. wurden keine Störungen, weder in der Motilitäts- noch in der Sensibilitätssphäre beobachtet. S. erinnert an die bisher in der Literatur bekannten Fälle von Nélaton, Laugier, Richet, Kraussold und Küster, und ist geneigt diese Erscheinung durch die motilité dupplée Létiévant's, sowie durch die Nervenanastomosen Broca's und Richets zu deuten.

Obaliński (Krakau).

C. Spinzig. Intra- and extra-capsular fractures and their successful treatement.

(St. Louis clinical Record 1877. October p. 174.)

Fall 1. Eine Frau von 35 Jahr mit intracapsulärer Fractur des linken Schenkelhalses wurde nach Cooper-Dieffenbach (Lagerung auf keilförmigen Kissen) behandelt. Es folgte Pseudarthrose.

Fall 2. Ein Mann von 27 Jahr mit intracapsulärer linksseitiger Schenkelhalsfractur mittelst der Suspensionsschiene (von Draht) behandelt. Knöcherne Vereinigung in guter Stellung ohne Verkürzung innerhalb 10 Wochen.

Fall 3. Eine Frau von 67 Jahr mit extracapsulärer rechtsseitiger Schenkelhalsfractur. Lagerung auf dem keilförmigen Kissen. Knöcherne Vereinigung. $1^1/_2''$ Verkürzung.

Fall 4. Patient, 60 Jahr alt. Extracapsuläre rechtsseitige Schenkelhalsfractur. Behandelt mit der Suspensionsschiene von Draht. Knöcherne Vereinigung. Verkürzung etwa 1''.

Fall 5. Patient 31 Jahr alt, mit intracapsulärer linksseitiger Fractur. Behandlung wie Fall 4. Knöcherne Vereinigung in 8 Wochen; keine Verkürzung, gute Stellung.

V. hält auf Grund dieser Beobachtungen die Regel für falsch, dass intracapsuläre Fracturen fast nur bei alten, extracapsuläre bei jüngeren Individuen vorkommen. Die Behandlung mittelst der Suspensionsschiene hält er für die beste.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Tirifahy. Névrome du sciatique. Désarticulation coxo-fémorale.

(La Presse méd. Belge. 1877. Dec. 23.)

Der schwächliche marastische, 39 Jahr alte Patient litt seit 20 Jahren an einer sehr langsam wachsenden, schmerzlosen, mit dem Knochen nicht verwachsenen Geschwulst an der Hinterseite des rechten Oberschenkels, welche sich von der Kniekehle bis zwischen Trochanter maj. und tuber ossii ischii erstreckte. Grösste Circumferenz des Oberschenkels in der Mitte (über dem Tumor) 70 cm. Mehrere Punctionen entleerten seröses Fluidum ohne bestimmte Formelemente. Da die Haut colossal gespannt war und bereits Gangrän drohte, so wurde die Exarticulatio femoris vorgenommen. Nachbehandlung nach Lister. Lappengangrän kam hinzu. Delirien, Fieber, Tod am 14. Tage. Die Geschwulst war 40 cm lang, im Umfang 45 cm, und erschien von grösseren und kleineren Cysten mit serös-albuminösem Inhalt durchsetzt. Sie war vom Neurilemm des Nerv. ischiadicus ausgegangen, welcher von oben bis unten durch die Geschwulst zog; letztere war lediglich centrifugal gewachsen, ohne die eigentlichen Nervenelemente auch nur im Geringsten zu beeinträchtigen; selbst enthielt sie auch keine eigentlichen Nervenelemente. Im Verlauf des linken Nervus ischiadicus fanden sich kleinere Tumoren von analogem Bau.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 15. **Sonnabend, den 13. April.** **1878.**

N. Lieberkühn und J. Bermann. Ueber Resorption der Knochensubstanz. Mit 8 Tafeln.

(Abdruck aus den Abhandl. der Senckenberg'schen naturf. Gesellschaft. XI. Bd. Frankfurt a/M., Chr. Winter, 1877.)

Verff. widerlegen in ihren interessanten Untersuchungen zunächst die Einwürfe, welche gegen die Krappfütterung behufs der Erkenntniss des Knochenwachsthums erhoben worden sind. Wir müssen es uns versagen, alle Details der vorliegenden Arbeit gebührend hervorzuheben. Jeder, welcher sich mit den von L. u. B. ventilirten Fragen beschäftigen will, wird das Werk zum Gegenstand eines eingehenden Studiums machen müssen. —

Während der Pause der Fütterung geht die Färbung nicht weiter, wie behauptet worden ist: schneidet man einem mit Krapp längere Zeit gefütterten Thiere ein Stück eines Röhrenknochens aus, so schliesst sich bei gewöhnlicher Nahrung die Lücke wieder mit gänzlich ungefärbter Knochensubstanz und setzt sich dieselbe scharf

gegen die gefärbte und ungefärbte Umgebung ab. Ebenso wenig entfärbt sich die Knochensubstanz während der Pause, wie sich an betreffenden Knochenschliffen ergiebt. Die Knochen von Hühnern und Säugethieren ergeben die besten Präparate, während bei Tauben die Färbung sehr ungleichmässig ist. Somit lässt sich die Krappfütterung in der That dazu verwenden, um die Veränderungen in der Architectur der Compacta und Spongiosa festzustellen, es lässt sich nachweisen, wo Ansatz neuer Substanz im Umfange und an den Enden und ebenso Abnahme eingetreten ist.

Die innere Resorption findet im Umfange der Markhöhle, der Gefässcanäle und an den Spongiosa-Balken statt (bezüglich der hierher gehörigen Details muss auf das Original verwiesen werden). Die äussere Resorption, d. h. diejenige, welche weder von der Markhöhle, noch von den Gefässcanälen, noch von der Spongiosa ausgeht, ist schon vielfach beobachtet worden, so an dem Proc. coronoid. des Unterkiefers, an den Wänden des Wirbelcanals (Lieberkühn), an den Enden der Röhrenknochen, am Schädel u. s. w. (Kölliker). Bei Aussetzung der Krappfütterung 14 Tage vor dem Tode ist bereits der rothe Knochen bis auf einige Cristen verschwunden, nach 10 Wochen ist keine Spur von Farbe mehr vorhanden. Wie viel in der Substanz der Knochen noch beim ausgewachsenen Thiere von den in den ersten Wochen des Lebens gefärbten zurückbleibt, ist späterer Mittheilung vorbehalten.

Von besonderem Interesse für den Chirurgen sind die Angaben der Verff. bezüglich des ungleichen Wachsthums der Extremitäten an ihren Enden. Die hierher gehörigen Untersuchungen von Ollier und Humphrey werden durch die Krappfütterung bestätigt und ergänzt. So wächst die Ulna der Katze, des Fuchses und Hundes fast ausschliesslich am unteren Ende, ähnlich der Radius und die Metatarsal- und Metacarpalknochen, welche bei langer Aussetzung der Krappfütterung an den epiphysenfreien Enden nur bis etwa zur Hälfte noch gefärbt sind. Beim Femur ist unter denselben Umständen ebenfalls das untere Ende beinahe doppelt so lang ungefärbt, als das obere. Die Contouren der aussen sichtbaren rothen Ringe ahmen in diesen Fällen die Form der Epiphysengrenze nach und sind durch äussere Resorption freigelegt, während von der Markhöhle aus eine ungemein starke Anbildung stattgefunden hat.

Der Unterkiefer wächst am stärksten am hinteren Ende, unter fortwährender Resorption an der vorderen Seite des Proc. coronoideus. —

Aus dem Nachweis der Resorption der Knochensubstanz geht nun keineswegs die Nichtexistenz eines expansiven Wachsthums hervor; wäre diese erwiesen, so müsste die Resorption unter allen Umständen angenommen werden. Formgebend ist das expansive Wachsthum jedenfalls nicht. Das expansive Wachsthum wird auch fast von allen Forschern bestritten, so von Kölliker, Wegener, Haab,

Schwalbe, Ebner, Schulin, Aeby u. A. Die dafür mitgetheilten Beobachtungen sind irrthümlich, oder lassen eine andere Deutung zu. Unerwiesen ist die Theilung der Knochenkörper, richtig ist die Zunahme der Grundsubstanz zwischen denselben, aber sie geschieht nur auf Kosten der Knochenzellen, die dabei kleiner werden (Steudener). Die Vergrösserung des Durchmessers der endochondralen Grenzlinie hat sich nicht als richtig erwiesen.

Die zwar vorhandene sog. Wanderung der Knochenbalken beweist nichts für das expansive Knochenwachsthum, vielmehr kommt dieselbe auch nach den Untersuchungen mittelst Krappfütterung durch Apposition und Resorption zu Stande.

Gegen das expansive Wachsthum spricht die nach den Messungen unveränderliche Grösse der Durchmesser der Krappmäntel an den Röhrenknochen bei langer Aussetzung der Krappfütterung, ebenso die Art der Schliessung von künstlichen Löchern an Knochen wachsender Thiere.

Um die gewonnenen Resultate zu prüfen, wurde um die Tibia einer mit Krapp gefütterten jungen Katze ein Metallring gelegt; etwa nach einem Vierteljahr war der Ring von ungefärbter Knochensubstanz umwallt, während den Boden der Rinne gefärbte bildete. Die Rinne erstreckte sich aber nicht um den ganzen Knochen; wo sie auslief, da trat Krapproth zu Tage. Die indifferente Stelle wird somit von beiden Untersuchungsweisen zugleich gekennzeichnet.

H. Tillmanns (Leipzig).

G. Tizzoni. Sulla istologia normale e patologica delle cartilagini ialine.

(Archivio per le Scienze med. anno II. fasc. 1.)

Die Arbeit theilt sich in die drei folgenden Abschnitte: 1 Studien über normale Histologie der Gelenke und insbesondere der Knorpel und der Synovialis. 2. Experimentelle Studien. 3. Untersuchung von Gelenkerkrankungen. Das Résumé aus den Studien über normale Histologie giebt Verf. selbst ungefähr in folgenden Sätzen:

1. Das Gelenkcavum ist von einem continuirlichen Zellenstratum ausgekleidet. Die Zellen sind auf der Synovialis endothelartig, auf dem Knorpel knorpelig, während an der Randzone ein Ueberzug von Uebergangszellen (von Endothelien zu Knorpelzellen) sich findet.

2. Die Knorpelzellen der Oberfläche der Gelenkflächen sind glatt contourirt im centralen Antheil, und gezahnt in der Randzone.

3. Selbst die jüngsten Knorpelzellen zeigen keine amöboiden Bewegungen.

4. Die Grundsubstanz besteht aus Fibrillen (Tillmanns), welche oberflächlich horizontal verlaufen, während sie in den tiefern Schichten schleifenförmig angeordnet sind. Diese Fibrillen haben nur Contiguitätsrapporte mit den Knorpelzellen.

5. Die peripheren und horizontalen Fasern sind eine directe Fortsetzung der Fasern der Synovialis.

6. Ein Theil der Ernährung des Knorpels kommt wahrscheinlich zu Stande durch Diffusion der Ernährungssäfte durch die Kittsubstanz der Fibrillen, ohne dass in dieser (Kittsubstanz) wahre und eigentliche Ernährungscanäle nachweisbar wären (Tillmanns).

Der II. Abschnitt »experimentelle Studien« theilt sich wieder in mehrere Unterabschnitte.

a) Wunden der Gelenkknorpel, mit folgenden Schlussresultaten:

1. Durch den Reiz der Schnittwunde entsteht in den umliegenden Knorpelkapseln theils Zellenwucherung theils Atrophie und körnige Degeneration.

2. Sehr früh zerfasert sich die Grundsubstanz, indem die Kittsubstanz gelöst und absorbirt wird.

3. Die Zellwucherung führt zu Gewebsneubildung, zu Umwandlung des Knorpels in Faserknorpel oder in Bindegewebe, zur Bildung von kleinen runden Zellen, welche sehr den Eiterzellen ähnlich sehen und früh zu Grunde gehen.

4. Durch stärkere Reize kann das Bindegewebe der Epiphysenmarkräume in Knorpelgewebe sich umwandeln.

5. Die Heilung per primam an den hyalinen Knorpeln erfolgt durch Zellwucherung und Gewebsneubildung aus dem alten Knorpelgewebe.

6. Die Heilung per secundam erfolgt durch Wucherung aus den Schnitträndern und durch Granulationsgewebe, welches aus dem Epiphysenmark oder aus der Synovialis stammt.

7. Die Bindegewebsnarbe wandelt sich allmälig in hyalines Knorpelgewebe um, durch directe Umbildung der Zellen und durch Bildung einer Intercellularsubstanz, welche anfänglich schleimig, später hyalin ist.

b) 1. In Wunden von Knorpeln, welche mit Perichondrium überkleidet sind (Rippenknorpel), reagirt das Knorpelgewebe durch Proliferation.

2. Die Continuitätstrennungen dieser Knorpel werden grösstentheils vom Perichondrium wiederersetzt, indem dieses einen wirklichen äussern und innern Callus bildet, während das Knorpelgewebe nur wenig hierzu beiträgt.

3. Sowohl der innere, als auch der äussere Callus machen ein Stadium von Faserknorpel durch, bevor sie sich in Hyalinknorpel umwandeln.

4. An losgelösten Knorpelstückchen beobachtet man eine active Zellenwucherung an der Schnittfläche, welcher nach Umständen entweder eine Neubildung von Knorpel, oder eine Umwandlung des Knorpels in Bindegewebe folgt.

c) 1. Auf Anlegung von Haarseilen erfolgt gewöhnlich Atrophie, fettige Degeneration der Knorpelzellen, Faserung der Grundsubstanz, Destruction kleinerer oder grösserer Stücke der Gelenkknorpel.

2. Nur ausnahmsweise erfolgt hierbei Zellenwucherung in den oberflächlichsten Schichten.

3. Oefters beobachtet man in solchen Fällen das Eindringen von Wanderzellen, welchen stets die Faserung der Grundsubstanz vorhergeht.

d) 1. Durch Cauterisation mit Nitras Argenti erzielt man: fettige Degeneration und Vacuolenbildung des Protoplasmas in den ersten Stadien; Atrophie und fettige Degeneration in den spätern Stadien.

2. Bei starken Cauterisationen dringen die Silberkörnchen zwischen die Fibrillen bis zur Kalklinie vor, welche als Absorbirungslinie des Gelenkknorpels betrachtet werden muss.

3. Die einzigen entzündlichen Phänomene sind jene Zellwucherungen, welche darauf hinzielen, das todte Gewebe zu eliminiren und es zu ersetzen.

e) Aus den Versuchen über freie Gelenkkörper ergiebt sich folgendes:

1. Die Veränderungen, welche an einem losgelösten Knorpelstückchen statt haben, sind in der Regel progressiver (Wucherung), selten regressiver Art.

2. Die Grundsubstanz spaltet sich in Fibrillen.

3. Nach einiger Zeit vergehen in der Regel die neugebildeten Knorpelzellen durch körnig-fettige Degeneration.

4. Der Knochen sowohl als auch das Knochenmark können sich direct in hyalines Knorpelgewebe umwandeln.

f. Aus mehreren Knorpeltransplantationen schliesst Verf. unter anderm folgendes:

1. Die unter Haut oder innerhalb seröser Säcke verpflanzten Knorpelstückchen gehen zu Grunde zunächst durch Verfettung, Vacuolisirung und Canalisirung des Knorpels, welcher schliesslich von den eindringenden Granulationen aufgezehrt wird.

g. Nach Durchschneidung der Hauptnervenstämme der Extremität erleiden die Gelenkknorpel eine kaum beachtenswerthe Atrophie der Knorpelzellen, welche überdies mehr der Unthätigkeit des Gliedes zugeschrieben werden dürfte.

Im III. Abschnitt werden einzelne Gelenkerkrankungen anatomisch untersucht.

Im Tumor albus fand T. entweder Nekrose resp. Verfettung des Knorpels oder eine eigentliche Knorpelentzündung, mit Ausgang in Erweichung oder fibröse Degeneration des Knorpels.

Nach der Untersuchung eines Falles von knorpeliger Ankylose des Kniegelenks neigt sich Verf. zu der Ansicht von Lücke, dass in derartigen Fällen das Knorpelgewebe aus Bindegewebe entstehe, und nicht, wie Volkmann meint, umgekehrt.

Menzel (Triest).

S. Ciniselli. Indagini anatomo-microscopiche sull' organo del tatto.

(Annali univ. di medicina e chirurgia 1877. August.)

Verf. erörtert in dieser preisgekrönten Schrift, dass der jetzige Stand der Anatomie weder durch die Tastkörperchen noch durch die Endigungnetze die allseitig vollkommene Empfindung der Haut erklärt. Die Tastkörperchen sind viel zu sparsam, und die Nervenmaschen viel zu weit, um zu erklären, warum z. B. eine Nadelspitze an jedem Punkte gleich deutlich gefühlt wird. A priori wäre eine Verbreitungsweise wie die des N. opticus, acusticus und olfactorius wahrscheinlicher. Durch Untersuchungen am Karpfenmaul gelangte C. zu folgenden Resultaten:

1. Die Endäste der Nervenfasern sind fast ebenso zahlreich, als die Cylinderelemente des Epithels.

2. Diese Fasern gelangen bis zu den Cylinderzellen, welche ihrerseits Fortsätze in die Tiefe senden.

3. Die Endfasern nehmen gewöhnlich ihren Ursprung aus Ganglien, welche unmittelbar an der Basis der Papillen gelegen sind. Diese Ganglien vervollständigen die Erklärung der Tastprovinzen.

Menzel (Triest).

P. Unna. Zur Anatomie der Blasenbildung an der menschlichen Haut.

(Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph. 1878. Hft. 1.)

Verf. hat die histologische Beschaffenheit der durch Vesicantien erzeugten Blasen, resp. Blasendecke untersucht, namentlich der die untere Fläche der Blasendecken bildenden weissgelblichen, so genannten Pseudomembran. U. fand zunächst, dass die Dicke der Blasendecke proportional ist der Zeitdauer ihres Bestandes in loco, ausserdem verschieden nach der Dicke der örtlichen Epidermislagen, der topographischen Verhältnisse, überdiess verschieden nach der Blutfülle, Herz- und Gefäss-Energie des Kranken und dem Fibringehalt des Blutes. Wesentlich glaubt U. auf Grund der gefundenen histologischen Details, die gesammte so genannte Pseudomembran für eine sehr stark modificirte Epidermis und nicht als blosses Exsudationsproduct ansehen zu müssen. Die bedeutende Verdickung und Anschwellung, welche lange in situ belassene Blasendecken in dem gequollenen Antheile aufweisen, meint Verf. durch eine nachträgliche Aufnahme gerinnbarer Eiweissstoffe aus der Blasenflüssigkeit in die schon modificirte fibrinähnliche Zellsubstanz hinein erklären zu sollen.

Von histologischen Details hebt Verf. hervor, dass unter dem Einflusse der Canthariden zunächst alle Stachelzellen quellen und ihrer Riffelung verlustig werden, sodann Proliferation der tieferen Retezellen und in den oberen Epithelien Kerntheilung mit Bildung eigenthümlicher, den Kern bandartig umgebender (Kernband) und alsdann zu wurstförmigen, in Haematoxylin stark färbbaren, nach U.

...mmerte Kernvermehrung darstellender Kör-
...nter dem sich steigernden Einflusse der Ex-
...rinoide Metamorphose des Protoplasma's der
...elballen statt, wie dessen leichtere Verdauung
...sinlösung erweist. Und endlich erscheint die
... ein complicirtes Gebilde, bestehend aus fase-
...ck der Flüssigkeit zu Bändern abgeplatteten
...ne Epithelien, Nester von solchen und überall
... kernähnliche Bildungen einschliessen. Diese
...ter durch gesteigerte Aufnahme gerinnungsfähi-
...nd stellt die als Pseudomembran erscheinende
...Blasendecke dar. Der Befund war wesentlich
...welche mittels Veratrin- und Sublimat-Collodium
...fköpfen hervorgerufen worden, oder bei denen
...Erysipelas bullosum, so dass U. der specifischen
...enerzeugenden Mittels keinen wesentlichen Ein-
...veränderung zuschreibt, auch nicht für das Ver-
...elkernes, welches nach Weigert's Nachweis,
...Einwirkung der Micrococcen zu schieben wäre,
...einfachen Blasenbildung das Erblassen und Ver-
...ns beobachtet hat. Bei Erysipelblasen fand U.
...von Micrococcen und Bacterien.

Kaposi (Wien).

... New Sutures.

(...c. Journ. of med. sciences 1877. Oct. Art. XVII.)

...n Einschnitten und Verletzungen des Gewebes
...ndränder und erste Vereinigung zu erzielen, müssen
...der Wunde leicht, aber gleichmässig dicht anein-
...Diese Adaption wird erzielt: 1. indem man die
...hältnissmässig steif erhält, 2. durch Verminde-
...n Umgreifens der Nähte. Ersteres wird durch die
...gebene »Canülen-Naht«, letzteres durch die 8-Nath
...»Canülennaht« wird in der Weise ausgeführt, dass
...s der Enden einer tief greifenden Drahtnaht eine dem
... Ohrkatheter ähnliche dünne Kanüle schiebt, deren
...enes Ende in die Tiefe des Wundrandes zu liegen
...i gegenüberliegende Kanülen werden durch den Knoten
...nähert. Soviele Nähte, soviele Kanülen. Die vom Verf.
...e 8-Naht ist die längst bekannte Heppner'sche Dammnaht.

Hermann Lossen (Heidelberg).

... A new speculum.

(...he Americ. Journ. of med. sciences 1877. Oct. Art. XXIII.)

...Untersuchungen und Operationen im Mastdarm sind die
...hen Specula entweder zu klein, oder so construirt, dass
...eren Schleimhautfalten überhangen oder sich durchdrängen

und so das Gesichts- und Operationsfeld verdecken. Verf. hat nun ein halbrinnenförmiges Speculum construirt, welches durch ein in Falzen laufendes Glasfenster zum vollständigen Rohr geschlossen wird. Sein Caliber übertrifft die »gewöhnlichen« um $^1/_3$ oder $^1/_2$. Es besteht aus vernickeltem Britanniametall; Länge $3^1/_2$ Zoll, Durchmesser an der Basis $1^1/_8$, oben $^7/_8$ Zoll. Länge des Fensters 3 Zoll. (Verfertigt von J. H. Gemring, Philadelphia.)

Bei langsamem Rotiren des Speculums sind durch das Fenster hindurch alle Theile des Mastdarmrohres zu sehen. Bei eventuellen Operationen wird das Glasfenster weggenommen. —

Verf. hat wohl niemals mit einem Sims'schen oder Simon'schen Scheidenspeculum das Rectum untersucht, sonst hätte er sich seine Entdeckung gespart. (Ref.) **Hermann Lossen** (Heidelberg).

Casuistische Mittheilungen aus der Klinik des Professor Billroth in Wien.

(Arch. für klin. Chir. 1877. Bd. XXI. Hft. 3.)

1. M. Nedopil. Exstirpation der Scapula und eines Theils der Clavicula wegen Chondrosarcom mit Erhaltung des Armes.

Bei einem 44 Jahre alten Bauer entwickelte sich in 3 Monaten aus der linken Fossa supraspinata ein faustgrosser harter Tumor; in der Fossa infraclavicularis zeigte sich eine gleiche Geschwulst, einem degenerirten Proc. coracoideus entsprechend. Zur Beseitigung der Geschwulst musste die Scapula und 1 Zoll von dem äusseren Ende der Clavicula entfernt werden, bis auf den äusseren Winkel der Scapula, der zurückgelassen werden konnte. Die Heilung der Wunden erfolgte in drei Wochen. Der Pat. konnte den linken Arm activ nur ganz wenig eleviren, passiv kann er bis zur Horizontalen abducirt werden. Die Bewegungen des Ellenbogens und der Hand waren normal und kräftig.

2. M. Nedopil. Totalexstirpation des Humerus in zwei Zeiten. Heilung.

Bei einem 12jährigen, kräftigen Burschen entwickelte sich eine acute Eiterung des rechten Ellenbogengelenks mit nachfolgender Caries. Es wurde deswegen am 6. November 1876 die totale Resection des Gelenks mit einem Langenbeck'schen Längsschnitt ausgeführt. Während die Resectionswunde heilte, zeigte sich weitere Erkrankung des Humerusschaftes mit Einschluss des Schultergelenks, so dass am 25. Januar 1877 der ganze Humerus entfernt werden musste. Beide Operationen wurden unter Esmarchscher Blutleere gemacht; die Wunden zur Stillung der parenchymatösen Blutung mit carbolisirten Schwämmen für die ersten Tage ausgefüllt. Die Wunden heilten ohne Zwischenfall. Trotz der subperiostalen Operationen kam es zu keiner Knochenbil-

dung. Auch nach Monaten erschien der Vorderarm wie an einem weichen Schlauche an der Schulter aufgehängt. Zum Ersatz für den fehlenden Skeletknochen liess Billroth dem Pat. eine durch eine Zeichnung erläuterte Bandage machen. Diese gestattet den vollständigen Gebrauch des Vorderarms.

N. hebt mit Recht u. A. in dem Falle das vollständige Fehlen der Periostneubildung hervor, welches in ähnlichen Fällen von Ollier, Meckel, Holmes u. s. w. stets beobachtet wurde.

3. **A. Woelfler.** Ein Fall von Laparo-Hysterotomie sammt Exstirpation beider Ovarien. Heilung.

Der vorliegende Fall liefert einen weiteren Beitrag zur Frage der Stielbehandlung nach Hysterotomie.

Bei einer 49jährigen Frau hatte sich unter vielfachen Blutungen in 17 Jahren ein Mannskopfgrösse erreichendes Uterusfibrom entwickelt. Unter Carbolspray wurde die Bauchhöhle eröffnet, der Uterus sammt den Ovarien zur Bauchöffnung herausgehoben, und um den Hals die Ecraseurkette gelegt, deren Gleiten gegen die Blase hin durch eine starke, den Stiel durchsetzende Nadel verhindert wurde. Dann amputirte Billroth die Hauptmasse des Fibroms verkürzte den über faustgrossen Rest bis einen Zoll oberhalb der Ecraseurschlinge mit der Scheere und kauterisirte die Wundfläche mit dem Paquelin'schen Brenner. — Da eine extraperitoneale Befestigung des Uterusstumpfes wegen seiner geringen Länge nicht möglich war, so wurden durch die Mitte des Stumpfes von vorn nach hinten 2 Massenligaturen durchgeführt, und nach rechts und links kräftig zugeschnürt, der Ecraseur entfernt. Zur weiteren Sicherung wurden noch 2 Seidenligaturen um den Rest des Uterus geschnürt. Da es trotzdem aus der cauterisirten Fläche blutete, wurde die geringe Blutung durch Umstechung gestillt. Die 4 den Uterus umschnürenden Fäden wurden benutzt, um den Uterusstumpf definitiv emporzuhalten. Die beiden Fäden jeder Seite wurden mit einer Nadel durch die Bauchdecken geführt und über denselben mit einander geknüpft. Der Abstand der beiden Stichöffnungen betrug rechts und links circa 2 cm. — Um dann die Wundfläche des Stiels noch an das Peritoneum der Wundränder anzulegen, wurde oberhalb und unterhalb der Bauchdeckensutur ein kleiner vorderer und hinterer Theil des Stumpfes durch die Naht mitgefasst. So kam der Stumpf etwas unter das Niveau der in seinem Bereiche in der Länge von 5 cm offenen Bauchwunde; doch war das Peritoneum genau gefasst und die Peritonealhöhle um ihn herum geschlossen. Drainage, Lister'scher Verband wurde angewendet. Der entfernte Uterus wog 1350 g. — Die Heilung erfolgte in 30 Tagen, am 47. Tage verliess Pat. die Klinik. Zu erwähnen ist noch, dass am 8. Tage nach der Operation im Stuhle weissliche, fingerlange Stränge abgingen, welche fast durchweg aus organischen Muskelfasern bestanden. W. meint,

dass sie dem Uterusstumpfe angehörten, dessen abgestossene Theile das Rectum perforirt hatten.

4. Notiz betreffend den von Dr. A. Woelfler mitgetheilten Fall von Magenbauchwandfistel.

(Arch. f. klin. Chir. Bd. XX. p. 577.)

Die beschriebene Magenbauchfistel, welche vollständig wieder aufgebrochen war, wurde im Laufe des Sommers von Billroth durch Loslösung, Vorziehung und Nähte durch die Magenwandungen definitiv geschlossen und der Hautdefect durch einen Lappen aus der Umgebung gedeckt. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall.

Maas (Freiburg i/Br.).

Head injuries. University college hospital. Under the care of Mr. **Berkeley Hill.**

(Medical times and gaz. 1877. Sept. 1.)

Ein 5jähriger Knabe stürzt vom Pferd auf das Pflaster. $^1/_2$ Stunde später bestand volles Bewusstsein, aber Schläfrigkeit; keine Lähmungserscheinungen, kein Erbrechen. Puls 82, unregelmässig; Respiration 27. In der Gegend des linken Seitenwandbeins eine weiche fluctuirende Geschwulst; in ihrer Mitte eine deutliche Depression der Knochen, $^1/_8$ Zoll tief, $^5/_4$ Zoll lang. Neun Tage lang geht Alles gut; am zehnten Tage Erbrechen, Kopfschmerz, Lichtscheu, Pupillendifferenz, Fieber, Anhalten der meningitischen Erscheinungen zehn Tage lang, dann Nachlassen sämmtlicher Symptome; entlassen am 28. Tage; seitdem gesund.

—— London hospital. Under the care of Mr. **Rivington.**

1. Fall. 52jähriger kräftiger Potator. Weichtheilwunde von 1 Zoll Länge etwa 1 Zoll über dem äusseren Ende der linken Augenbraue entstanden durch Schlag mit einem Zinngefäss. Im Grunde der Wunde breite Knochenfissur, 1 Zoll lang und beinahe $^1/_4$ Zoll breit, sich beschränkend, wie es schien, auf die Tabula externa. Wunde heilt per granulationem, Alles geht gut; am 15. Tage plötzlich Verlust des Bewusstseins, epileptiformer Anfall, der sich am selben Tage noch einmal wiederholt; zurückbleibt eine gereizte Gemüthsstimmung. Am nächsten Tage neuer epileptiformer Anfall, rechtsseitige Hemiplegie. Anfangs linksseitige, dann rechtsseitige Convulsionen, Augen nach links gewendet; Anästhesie der rechten Gesichtshälfte, der rechten Conjunctiva; linksseitige Ptosis. Trepanation in der Wunde: Entfernung von zwei dünnen Knochenstückchen der Tabula externa, die ungefähr $^1/_8$ Zoll eingekeilt waren, ferner von zwei breiten Knochenstückchen der Tabula interna. Da sich an der Dura mater etwas Abnormes nicht nachweisen liess, so begnügte man sich damit. Pat. stirbt 30 Stunden nach der Operation. — Die Section ergab die Dura mater normal; keine entzündungserregenden Knochensplitter; zwei

Unzen eiterigen Serums zwischen Dura und Pia; letztere in ihrem linksseitigen Abschnitt hyperämisch, getrübt. Starker Blutgehalt des Gehirns, namentlich links.

2. Fall. 59jähriger Mann, Fall vom Wagen auf Kopf und Schulter. Weichtheilwunde in der Gegend des rechten Seitenwandbeins, zwei Zoll lang. Aufregungsstadium mit Pupillendifferenz und grosser Widersetzlichkeit, Unruhe, Erbrechen 30 Stunden hindurch. Dann Wiederkehr des Bewusstseins; keine Erinnerung an das, was nach dem Fall geschehen. Heilung ohne Zwischenfall.

3. Fall. 23jähriger, kräftiger Arbeiter; Stichverletzung über dem linken Auge. 1 Zoll lange Weichtheilwunde über dem linken Arcus orbitalis. Die Wunde wird erweitert und zwei grosse Knochensplitter, den ganzen Arcus supraorbitalis von der Incisur bis zum Angulus externus repräsentirend, entfernt. Anfangs Allgemeinbefinden gestört, Schwellung des oberen Augenlides, dann gute Heilung der Wunde. Vom 8.—20. Tage Erysipel; am 26. Tage beginnende Phlegmone um die Orbita. Einschnitt in der Erwartung ein nekrotisches Knochenstück zu finden. Entfernung einer $2^3/_8$ Zoll langen Messerklinge, die $^1/_8$ Zoll über dem Orbitalrande eingestossen nach hinten und abwärts in die Sinus frontales gedrungen war. — Heilung.

4. Fall. 10jähriger Knabe von der Deichsel eines Wagens zu Boden geworfen. Hautwunde an der Vereinigungsstelle des linken Seitenwandbeins mit dem Stirnbein; in ihrem Grunde ein $1^1/_2$ Zoll langes, 1 Zoll breites Knochenstück eingedrückt. Leichte, nur kurze Zeit anhaltende Convulsionen der Extremitäten und Gesichtsmuskeln. Grosse Reizbarkeit und Empfindlichkeit gegen äussere Eindrücke. In den nächsten Tagen leichtes Fieber, mehrmals Erbrechen. Wunde heilt per granulationem. Geheilt entlassen nach 5 Wochen.

5. Fall. 59jähriger Mann, betrunken von der Treppe gestürzt. Bis auf das Periost dringende, gerissene Weichtheilwunde, 2 Zoll lang, in der Gegend des os occipitale. Anfangs Zustand halber Bewusstlosigkeit, bald darauf grosse Unruhe. Dann plötzlich apoplektiformer Anfall, Lähmung der rechten untern und obern Extremität. Reflexthätigkeit der rechten Gesichtshälfte aufgehoben, an den Extremitäten erhalten; fortwährende Bewegungen mit den linken Extremitäten, incontinentia alvi et urinae. Die Lähmung der rechten Seite besserte sich etwas; später tiefes Coma und Tod am dritten Tage. Temperatur constant erhöht, beim Tode 39,5. — Die Section ergab einen Bluterguss, der sich ziemlich gleichmässig über die ganze rechte Hemisphäre erstreckte, und an der Unterseite des Vorderlappens fand sich eine Stelle, wo die Hirnsubstanz zertrümmert und mit Blutcoagulis durchsetzt war. Verf. lässt es dahingestellt, ob es sich hier um eine Zerstörung des Gehirns durch Contrecoup oder um die primäre Ruptur eines kleinen Aneurysma handelt (wahrscheinlich das letztere, Ref.).

6. Fall. 35jähriger Mann, von der Locomotive zu Boden geschleudert. Kleine Weichtheilwunde vor und über dem linken Ohr,

in deren Grunde man auf einen Knochenbruch stiess: derselbe lief in einem Halbkreis nach unten und vorn bis zum äusseren Winkel der Orbita, nach hinten bis zum Hinterhauptsbein. Das obere Fragment ragt 2—3 Linien vor, das untere nach innen eingekeilt. Geringe Blutung aus der Nase. Vier Stunden lang bewusstlos und sehr unruhig, dann Wiederkehr des Bewusstseins. Leichte Schwäche der rechten Hand und träge Reaction der linken Pupille; leichte Abweichung der Zunge nach links. Trepanation an der Stelle der tiefsten Impression; zwei Tage später Erysipel; Tod am 8. Tage, ohne dass sich Symptome von Hirndruck oder Lähmung einstellten. — Die Section ergab eine halbkreisförmige Fractur, die den obern Theil des Keilbeinflügels, den untern Theil des Seitenwandbeins und die Schuppe des Schläfenbeins abgesprengt hatte; Blutgerinnsel zwischen Dura mater und Knochen in der mittleren Schädelgrube, ferner einen Bruch der Schädelbasis, welcher sich von dem linken Felsenbein durch das Foramen rotundum sin., die Sella turcica bis zum rechten Felsenbein erstreckte; endlich eiterige Meningitis. **H. Wildt** (Berlin).

D. Foulis. The treatment of chronic pharyngitis.

(The Glasgow med. Journ. 1877. Oct. Vol. I. No. 4.)

Verf., Arzt an einer Poliklinik für Rachenkranke, hat im Jahre 1877 bei einer grossen Anzahl an Pharyngitis granulosa Leidender, die verschiedenen bisher gebräuchlichen Mittel, von leichten Adstringentien angefangen bis zu Jodpinselungen und dem Lapisstift ohne Erfolg in Anwendung gezogen. Als ihm die betreffende Arbeit von Michel in Cöln bekannt geworden war, benutzte er die Galvanocaustik mit dem besten Erfolge und fand, dass man die Granula, wenigstens in der Poliklinik, ebenso gut mit gewöhnlichen kleinen Glüheisen, deren er einige abbildet, ausbrennen könne. Auch mit Hülfe dieser brachte er fast alle Fälle von Pharyngitis granulosa zu schneller Heilung. **A. Bidder** (Mannheim).

Gschirhakl. Zur Behandlung des chronischen Harnröhrentrippers.

(Vierteljahrschrift für Dermat. u. Syph. 1877. Hft. 4.)

Verf. beschreibt ein zur Application von leicht und intensiv ätzenden Flüssigkeiten auf die Harnröhrenschleimhaut von ihm vielfach mit Nutzen angewendetes Instrument. Dasselbe stellt einen mässig gekrümmten, vorn offenen und mittels eines Obturators einzuführenden Katheter, oder Urethroskop dar und trägt nahe dem Pavillon einen seitlichen Rohransatz. Durch letzteren wird die medicamentöse Flüssigkeit eingeträufelt, während das Instrument eingeführt und — nach Entfernung des Obturators- mit einem Haarpinsel armirt ist. Ueber den Mandrin des letzteren wird der Katheter allmälig zurückgezogen und

dem folgend, der imbibirte Pinsel von rück- nach vorwärts in der Harnröhre drehweise fortgeführt. — Es folgen noch allgemeine Indicationen für die Behandlung des chronischen Trippers.

Kaposi (Wien).

Philippe. Du traitement des hernies irréductibles par l'emploi des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

(Gaz. des Hôpit. 1877. No. 68. u. 69.)

Das Verfahren P.'s bei eingeklemmten Brüchen besteht darin, dass er subcutane Injectionen von Morphin. hydrochlor. (gelöst in Aqu. lauroceras.) in der Nähe der Bruchgeschwulst applicirt und erst dann die Taxis beginnt, wenn das Medicament seine Wirkung äussert. Der locale Effect desselben ist eine auffallende Verminderung der Spannung und Empfindlichkeit der Hernie, eine Erschlaffung der Bauchmuskeln, ja sogar angeblich eine Erweiterung der Bruchpforte. P. führt 3 Fälle an, bei welchen die Taxis zuerst ohne Morphium längere Zeit erfolglos geübt worden war. Nach Application einer hinreichenden Dosis des Medicamentes, deren Maximum bei einem 90jährigen Manne 5 cg des Salzes waren, gelang die Reduction stets in wenigen Minuten. Sämmtliche beobachteten Fälle betrafen frisch incarcerirte Hernien. Das Morphium hatte keine üblen Zufälle im Gefolge; die Pat. schliefen unmittelbar nach der Reduction ein.

Winiwarter (Wien).

J. Hönigschmied. Leichenexperimente über die Zerreissung der Bänder im Sprunggelenk etc.

(Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. VIII.)

H. machte bei 125 Leichenexperimenten folgende Beobachtungen: Wird der Fuss gewaltsam plantar flectirt, so können entweder beide Knöchel abbrechen, oder es reisst blos das Lig. talo-fib. antic., Lig. calcaneo-fib. und talo-fib. posticum.

Bei gewaltsamer Dorsalflexion reisst in der Regel der Malleolus int. ab. Wird der Fuss sehr stark supinirt, so zerreissen entweder die äusseren Seitenbänder, oder es bricht, wenn letztere intact bleiben, der Malleolus extern. Diese Fractur entsteht nach H. gleichfalls durch Abreissung.

Gewaltsame Fibularflexion (Pronation) bewirkt Zerreissung der inneren Seitenbänder, oder Bruch des Malleolus int. Dazu gesellt sich mitunter eine Fractur der Fibula.

Diese Resultate stimmen im Wesentlichen mit denen Bonnet's überein. Adduction des Vorderfusses bewirkt Abreissung des Lig. talo-fib. ant. und der Bänder im Chopart'schen Gelenke, während Abduction des Vorderfusses am häufigsten Bruch des Wadenbeines an verschiedenen Stellen erzeugt, oder Zerreissung des Lig. deltoides oder des Lig. interosseum hervorruft.

Wölfler (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Landesberg. A Case of imaginary blindness in childbed.

(Philad. méd. Times 1877. No. 253. p. 507.)

Eine 33 Jahr alte, hysterische Wöchnerin erblindete plötzlich auf dem linken Auge am 6. Tage ihres 4. sonst regelmässigen Wochenbettes. Schmerzen fehlten; ebensowenig konnte nach gründlicher Untersuchung der Pat. irgend eine Ursache für die Affection gefunden werden. Nachdem Simulation mit Sicherheit ausgeschlossen war, blieb nichts übrig, als an eine hysterische Amaurose zu denken. Es wurde Eisen, gute Nahrung, Ruhe etc. angeordnet und nach etwa 14 Tagen kehrte das Sehvermögen zur Norm zurück. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

H. Chiari. Ein Fall von Tuberkulose des N. opticus dexter.

(Wiener med. Jahrb. 1877. Hft. 4.)

Ch. entnahm das seltene Präparat der Leiche eines Knaben, der an einer tuberkulösen basilaren Meningitis gestorben war.

An der Stelle des intracraniellen Theiles des rechten N. opticus und der rechten Hälfte des Chiasma nervorum opticorum befand sich eine rundliche Geschwulst von $1^1/_2$ cm Durchmesser, an der eine ca. 1 mm dicke graue Rindenschicht von der centralen gelblichen käsigen Masse unterschieden werden konnte. Die erstere bestand aus dichtem faserigem Bindegewebe mit nur wenig spindeligen Zellen, in welches hie und da kleine Bündel der markhaltigen Opticusfasern eingebettet waren; die tiefern Lagen erwiesen sich zusammengesetzt aus lymphatischem Gewebe, dessen Elemente miliare Knötchen mit zahlreichen Riesenzellen bildeten. Aus dem Umstand, dass in der Geschwulst noch einige freilich stark degenerirte Nervenbündel des Opticus gefunden wurden, schliesst Ch., dass das innere Neurilemm die Entwicklungsstätte der Neubildung gewesen sein dürfte.

Hack (Freiburg i/Br.).

Tillaux. Cas de monstruosité très-rare des organes génito-urinaires de la femme.

(Gaz. des Hôpit. 1877. No. 84.)

Die Monstruosität besteht in einer totalen Epispadie und Blasenspalte bei einer 26jährigen Frau. Ausser den bekannten Erscheinungen: Fehlen des normalen Nabels, Klaffen der Symphyse, Vorstülpung der Blase u. s. w. zeigt das Individuum auch einen totalen Mangel der Vagina. Zwischen den Rudimenten der grossen und der kleinen Labien öffnet sich der äussere Muttermund im Niveau der Haut, welche sich unmittelbar an die Schleimhaut der Portio vaginalis uteri inserirt. (Die Angabe, dass die Clitoris vollkommen fehle, ist offenbar unrichtig. Dieselbe ist bei ähnlichen Fällen immer gespalten und ihre Hälften beiderseits als kleine Höckerchen neben dem unteren Ende der Blasenschleimhaut erkennbar. Ref.) Die Frau ist regelmässig menstruirt, der Uterus von nahezu normaler Länge aber von kindlicher Form. — Der Fall wird in dem Referate für ein bisher noch nie gesehenes Unicum gehalten. **Winiwarter** (Wien).

Raynaud. De l'arthrite sèche vertebrale.

(France méd. 1877. No. 98.)

Eine 50jährige Frau spürte seit einem Jahre Schmerzen in der Lendenwirbelsäule, die in die untern Extremitäten ausstrahlten, sowie Gürtelschmerzen in der Lendengegend; schliesslich trat Lähmung, andauernde Obstipation und retentio urinae ein. Zugleich bestand eine Geschwulst der rechten Brust, welche als Scirrhus aufgefasst wurde. Anfangs stellte man die Diagnose auf secundären Krebs der Wirbelsäule, bei einer späteren Untersuchung fand sich eine stumpfwinklige Kyphose im untern Brustwirbeltheil, die sich unbemerkt von der Patientin entwickelt hatte; der prominirende Dornfortsatz war auf leisen Druck sehr empfindlich. Die Kranke starb nach kurzer Zeit an Erschöpfung.

Bei der Section zeigte sich der Tumor mammae als ein Adenom; in der Wirbelsäule erwies sich folgendes: die Bandscheibe zwischen 9. und 10. Brustwirbel

war besonders in ihrem hinteren Theil im Höhendurchmesser stark vergrössert, ihr Gewebe knöchern, der Spongiosa der Wirbelkörper gleichend. Hierdurch war die Stellung der Wirbel zu einander so geändert, dass die Kyphose zu Stande kam. Zwischen 8. und 9. Wirbel war der vordere Theil der Bandscheibe in einer Veränderung begriffen, so dass eine Art Compensation der Kyphose angestrebt schien. Die Wirbelkörper (9 und 10) selbst waren auf der Sägefläche elfenbeinhart, weiss, von homogenem Gefüge. Die 9. und 10. Rippe rechts waren von ihrem Köpfchen bis zu ihrem Winkel von einer rareficirenden Ostitis ergriffen. Das Rückenmark an der comprimirten Stelle zeigte eine Sklerose, die die ganzen Hinterhörner und -Stränge, sowie das hintere Drittel der Seitenstränge einnahm.

Syphilis und Wirbelcaries sind auszuschliessen. Als Hülfsmittel bei der Diagnose wird das Fehlen einer Verkleinerung des Rumpfes, sowie jeder Eiterung etc. angeführt. **Viertel** (Breslau).

F. Ensor. Case of double ovarian disease; removal of one ovary.

(Med. times and gazette 1877. Aug. 18.)

Verf., Arzt am Port Elizabeth Hospital in Südafrika, berichtet über einen Fall von Ovariotomie, wie er angiebt den ersten in Südafrika ausgeführten. Die Operation wurde an einer 38jährigen Farbigen ausgeführt, nachdem dieselbe sechs Wochen vorher punctirt worden war. Es bestanden schon heftige Schmerzen im Abdomen und Erbrechen. Bei der Operation fand sich frische Peritonitis; die Cyste, zweifächerig, mit kurzem Stiel entfernt, Klammer angelegt und in den untern Wundwinkel befestigt; Naht, gewöhnlicher Deckverband. Ein zweiter im Becken fest fixirter Tumor wurde für den Uterus gehalten und blieb zurück. Tod nach 6 Tagen. Die Section ergab universelle fibrinöse Peritonitis; der oben erwähnte zweite Tumor wurde durch das andere, ebenfalls cystisch degenerirte Ovarium gebildet. **H. Wildt** (Berlin).

M. F. Terrier. Kyste uniloculaire de l'ovaire ouvert dans l'intestin.

(Revue mensuelle de méd. et de chirurgie 1877. No. 11.)

Die 31 Jahr alte Patientin wird am 17. Januar 1876 mit einer Ovariencyste ins Spital aufgenommen. Bis zum 29. Januar vergrösserte sich die Geschwulst stark, dabei ist sie gespannt und schmerzhaft; der Nabel röthet sich. Am 30. Januar wird plötzlich der Tumor weniger gespannt und weniger empfindlich, bleibt aber noch sehr gross und zeigt deutliche Fluctuation. Unmittelbar nachdem die Spannung des Tumors nachgelassen hatte, treten am 31. Januar colliquative Durchfälle mit 10—15 Stühlen im Tage ein. Die Füsse schwellen an. Am 2. Februar ist der Leib beträchtlich eingefallen; am 3. Februar zeigt der sehr weiche Tumor bei der Percussion Anwesenheit von Gas. 6. Februar: das Abweichen hat abgenommen, es gehen sehr häufig äusserst fötid riechende Gase per anum ab; hierauf fällt der Leib merklich ein.

Im weiteren Verlauf entwickelte sich noch ein Abscess in der Nabelgegend, der jedoch mit der Bauchhöhle nicht communicirte.

Am 25. Februar ist der Leib von vollständig normalem Volumen und Mitte Juni verlässt Patientin völlig geheilt das Spital.

Der Krankengeschichte folgen historische und klinische Bemerkungen über diesen seltenen Ausgang der Ovariencysten. —

Th. Kölliker (Würzburg).

J. Casse. Cancer utérin. Trois transfusions du sang.

(La Presse méd. Belge 1877. Nov. No. 48 und 49.)

Bei einer 50 Jahre alten, an inoperablem Carcinoma uteri mit zeitweiligen starken Blutungen leidenden Frau machte C. in Zwischenräumen von 14 Tagen 3 Transfusionen von je 30 g defibrinirten Blutes in eine Armvene. Der Effect war jedesmal eine Sistirung der Blutungen für etwa 14 Tage und auch Hebung der Kräfte. Nach der 3. Transfusion trat eine Phlegmone des Armes ein. Pat. verweigerte weitere Transfusionen und starb einige Monate später an Entkräftung.

E. Fischer (Strassburg).

Gosselin. Vulvite chancreuse erythémato-éléphantiasique et unilatérale.
(Gaz. des Hôpit. 1877. No. 89.)

Eine junge kräftige Frau hat zuerst an der linken, dann an der rechten grossen Schamlippe eine beträchtliche, indolente Anschwellung acquirirt, welche nicht durch Oedem, sondern durch Verdickung der stark gerötheten Haut und des Zellgewebes bedingt ist. G. kennt diese Affection als einen chronischen Entzündungsprocess, der immer unilateral ist und fast immer nach längerer Zeit in Resolution übergeht; er proponirt den in der Ueberschrift angeführten Namen. Immer ist ein Chanker vorausgegangen, wie G. es auffasst, entweder ein Ulcus specificum oder eine primäre Induration, es ist also diese Anschwellung zuweilen ein Symptom der Syphilis. So zeigt die erwähnte Pat. eine syphil. Hautaffection und eine eitrige Vaginitis und Urethritis. **Winiwarter** (Wien).

G. Buchanan. Clinical lecture on the radical cure of hernia; with a case.
(The Glasgow med. Journ. Vol. X. 1878. Januar. No. 1.)

Nach einigen einleitenden Bemerkungen beschreibt Verf. die Radicaloperation einer Hernie, welche nach Wood's Methode ausgeführt wurde. Der Fall betraf einen 57jährigen Schiffsarbeiter, welcher bereits seit 16 Jahren an einer immer mehr an Umfang zunehmenden, etwa faustgrossen, reponiblen rechtsseitigen Leistenhernie litt. Nachdem etwas unterhalb der äusseren Bruchpforte mit einem Schnitt durch die Haut der Bruchsack blossgelegt war, wurde er gelöst und mit dem Finger in den Leistencanal hinaufgestülpt. Dann wurden die aponeurotischen Pfeiler des Canals mit Silbersuturen zusammen gezogen und so der Bruchring geschlossen. Zehn Tage nach der Operation entfernte er die Nähte und konnte nun den Eintritt schneller Heilung constatiren. Nach einem Monate war der Andrang gegen die Leistengegenden beim Husten auf beiden Seiten gleich.
A. Bidder (Mannheim).

Lucas-Championnière. Extraction d'un corps étranger du genou par le creux poplité.
(Journal de Médecine et Chir. pratique 1877. Bd. XLVIII. Hft. 8. p. 358. August.)

Ein 51 jähriger Mann leidet an einem chronischen Erguss in's linke Kniegelenk; er fühlt in demselben öfter ein Knacken und wird zuweilen plötzlich unter lebhaften Schmerzen die Bewegung desselben gehindert. Oberhalb der Kniescheibe ist ein ziemlich grosser Fremdkörper zu fühlen, der sich leicht von der äusseren Seite nach der inneren verschieben lässt.

Einige Tage später war derselbe verschwunden und liess sich durch genaue Untersuchung des Knies an der äusseren Seite der Kniekehle nachweisen.

L. Ch. macht unter sorgfältiger Anwendung der antiseptischen Methode an der äusseren Seite der Kniekehle eine Incision bis auf die hintere Gelenkkapsel, fasste durch dieselbe den sehr beweglichen Körper mit einer Muzeux'schen Zange, eröffnete dann die Kapsel und extrahirte den Gelenkkörper, wobei sich eine ziemliche Menge synovialer Flüssigkeit aus der Wunde ergoss. Der Körper war hart, von knorpelig fibrösem Ansehen, wie eine starke Bohne gross.

Das Gelenk wurde mit 5% Carbollösung ausgespült, in den unteren Wundwinkel ein Drain eingelegt, sonst dieselbe durch 3 Nähte geschlossen; typischer Verband. Tags nach der Operation betrug die Temperatur 38,5°; nach 2 Tagen erster Verbandwechsel; kaum eine Spur von Secretion, der Drain wird verkürzt, nach weiteren 2 Tagen Entfernung der Nähte, am 9. Tage Entfernung des Drain; nach 16 Tagen völlige Vernarbung. Das Knie konnte schmerzlos bewegt werden.
Boeters (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 16. **Sonnabend, den 20. April.** **1878.**

Chirurgische Berichte des St. George's Hospital.

(St. George's Hospital-Reports Vol. VIII.)

I. 1874. (p. 419.)

In dem Hospitale wurden auf der chirurgischen Abtheilung (3 Monate war sie wegen Umbau geschlossen) 1551 Patienten behandelt, darunter 978 Männer und 573 Frauen; von diesen starben 82: 57 Männer und 25 Weiber, von diesen 14 in den ersten 24 Stunden. Mithin ist die Mortalitätsziffer 4,2 %; die mittlere Aufenthaltsdauer betrug 23,5 Tage.

Von 514 Verletzungen mit 41 Todesfällen fanden sich, abgesehen von 16 Verbrennungen (10 †) und 16 Verbrühungen (4 †): am Kopf 128 (14 †), darunter 12 mit Commotio cerebri und 10 mit Fract. bas. cranii; am Gesicht 40, am Rücken (1 †), am Hals und Nacken 8, darunter 3 Selbstmörder, an der Brust 22, am Bauch 12, an den oberen Extremitäten 39 (? †), an den unteren Extremitäten 219 (7 †).

Von 19 complicirten Fracturen starben 3 Unterschenkelfracturen. — Erkrankungen der Bewegungsorgane wurden behandelt 223

(7 †); der Blutbahn 36 (4 †) mit 4 Aneurysmen, der Verdauungsorgane 103, mit 3 Anus imperf. (3 †, 2 operirt); der Harn- und Geschlechtsorgane, 48 M. und 35 W. (4 †). Zur Beobachtung kamen Tetanus 3 Mal (2 †) und Erysipelas 29 (4 †), wovon im Hause entstanden 32 Fälle (3 †).

Von grösseren Operationen sind zu nennen: Amputationen 18, darunter 10 am Oberschenkel (1 †), 6 am Unterschenkel, 1 am Oberarm, 1 am Vorderarm; Resectionen 3; 1 Entfernung eines freien Kniegelenkkörpers; Uranoplastiken 7; Exstirpationen von Tumoren 28; Castrationen 3; Colotomien 3 (3 †); 1 Lithotomien 2 (1 † mediale); Perinealschnitte 2; Herniotomien 6 (3 †), 1 Radicaloperation einer Hernie. Von grösseren Gefässen wurden unterbunden 1 Femoralis und 1 Lingualis (wegen Carcinoma linguae).

II. 1875. (Ibidem, p. 457.)

Von sämmtlichen 2095 Patienten, darunter 1339 Männer und 756 Frauen, starben 112 (71 M., 41 W.) und zwar 15 innerhalb der ersten 24 Stunden; darnach betrug die Mortalitätsziffer 5,3 %; die mittlere Aufenthaltsdauer war 26,8 Tage. Ausschliesslich der 7 Verbrennungen und 13 Verbrühungen vertheilten sich die 648 Verletzungen also: Kopf 110 (6 †) und nur einer mit Delirium trem.; Gesicht 33, Rücken 26; Nacken 8, darunter 7 Selbstmörder; Brust 38 (2 †); Bauch 12; obere Extremitäten 62; untere Extremitäten 325, darunter 123 einfache Fracturen, einschliesslich 5 Kniescheibenbrüchen. Von 22 complicirten Fracturen (9 †) betrafen den Oberschenkel 3 (3 †), Unterschenkel 16 (6 †), Oberarm 2, Vorderarm 1. Es litten an Gangrän 10 (3 †), Zellgewebsentzündung 27, Erysipelas 42 (6 †). Von Erkrankungen der Organe der Bewegung sind 360, der Circulation 7 (1 †), der Verdauung 142 (14 †), der Harnorgane 71, der männlichen Geschlechtsorgane 50, der weiblichen Geschlechtsorgane 45 (5 †) angeführt.

Von grösseren Operationen wurden verrichtet: Amputationen und Exarticulationen 19 (9 †), darunter am Oberschenkel 7 (3 †), am Unterschenkel 10 (5 †), am Oberarm 2 (2 †), am Handgelenk 1. Resectionen 5. Entfernung eines freien Kniegelenkkörpers 1, Trepanation eines Tibiaabscesses 2, Necrotomien 11, Trepanation 1, Uranoplastiken 3, Exstirpation von Tumoren und Neoplasmen 44. Amputatio penis 1, Colotomie 1, Herniotomien 14 (5 †) und zwar 7 M. u. 7 W., alle mit Eröffnung des Sackes. Unter den 8 Inguinalhernien befanden sich 2 W. (1 †), unter den Femoralhernien 1 M. Perinealschnitt 1 (geh.), Verschluss einer Blasenbauchspalte 2 (geh.), Lithotomie 3, Lithotripsien 3. Ovariotomie 1 †. Vesicovaginalfistel 1 gebessert, Recto-Vesicovaginalfistel 1 (gebessert). Von grossen Gefässen wurden unterbunden die Subclavia (†) und die Femoralis (†).

III. 1876. (Ibidem, p. 517.)

Von den im Hause Aufgenommenen litten an Verbrennung 28, Verbrühung 18; an Verletzung: des Kopfes 105 (13 †), darunter

7 complicirte Fracturen (7 †); des Gesichts 23; des Rückens 24, des Halses 6, der Brust 47 (6 †), darunter 30 Rippenfracturen (1 †); des Bauches 19 (4 †); der oberen Extremitäten 61 (13 †), darunter 7 complicirte Fracturen (2 †, 1 durch Tetanus), 3 Luxationen der Schulter und 1 im Ellenbogengelenke; der unteren Extremität 276 mit 25 Fracturen des Oberschenkels, 10 der Tibia und 33 der Fibula. Die complicirten Fracturen 21 (5 †) betrafen den Unterschenkel 14 Mal, den Oberarm 3 Mal, den Vorderarm 4 Mal; ihretwegen wurden 3 Amputationen und 1 Resection gemacht. Im Hospitale wurden aufgenommen Erysipele und erysipelatöse Phlegmonen 29 (4 †), daselbst entstanden 31 (3 †). Von Gangraena senilis gab es 2 Fälle, von Caries und fungöser Kniegelenksentzündung 42, von Synovitis 62. Es traten ausser Tetanus 1 (1 †) 6 tödtlich verlaufene Fälle von Pyämie auf. Es wurden behandelt Erkrankungen der Verdauungsorgane: 102 (14 †); der Harnorgane 48 (7 †); der Geschlechtsorgane, männliche 62 (4 †), weibliche 72 (4 †). 3 Aneurysmen kamen zur Beobachtung.

Von grösseren Operationen wurden verrichtet: Amputationen 21 (7 †) und zwar am Oberschenkel 11 (3 †), am Unterschenkel 9 (4 †), am Vorderarm 1; Resectionen 6 (1 †), Necrotomien 29. Uranoplastiken 2 (1 geh.). Verschluss einer Bauch-Blasenspalte (geh.), Tracheotomie 1 (†); Colotomie 1 (†), Excision von Tumoren und Neoplasmen 48, Perinealschnitte 4 (2 †), Herniotomien 15 (10 †) und zwar: Inguinale 10 (6 †), darunter 7 Frauen mit 5 †, Femorale 5 (4 †, nur bei Frauen); Lithotomien 5 (3 †). Von Gefässen wurden unterbunden die Lingualis 2 Mal, die Brachialis 1 Mal.

Pilz (Stettin).

Bartholomew's-Hospital-Reports. Bericht für 1875.

In diesem Londoner Hospital wurden behandelt 3805 äussere Kranke, darunter 2257 Männer und 1548 Weiber; entlassen wurden: geheilt 1844 Männer, 1200 Weiber; ungeheilt 96 Männer, 69 Weiber; es starben 115 Männer und 58 Weiber und blieben in Behandlung 198 Männer und 121 Weiber; die mittlere Aufenthaltsdauer betrug 32,21 Tage.

Von grösseren Operationen wurden verrichtet: 1) Resectionen und Exarticulationen im Hüftgelenke 1 (†): im Kniegelenke 7 (1 † 4 ungeheilt), im Ellenbogen- und Fussgelenke je 1. — 2) Sequestrotomien 50. — 3) Amputationen: nach Traumen, primär 7 (2 †, Oberschenkel und Oberarm), secundär 3. — Amputationen wegen Erkrankung der Theile 39 (5 †, Oberschenkel). — 4) Exstirpationen von Carcinomen 39 (3 †), von Adenomen 12, von anderen Tumoren 77 (2 †). — 5) Entfernung von Steinen durch Lithot. later. 11 (2 †), durch die Urethra 4, durch Lithotripsie 2. — 6) Von 5 Ovariotomieen wurden 4 geheilt. — 7) Herniotomien betrafen: 2 Nabelbrüche (2 †), 8 Leistenbrüche mit Eröffnung des Sackes (3 †), 1 ohne Eröffnung; 14 Schenkelbrüche mit

Eröffnung des Sacks (9 †), 8 ohne Eröffnung des Sacks (2 †). — 8) Von 10 Uranoplastiken wurde 1 ungeheilt entlassen. — 9) Von 2 Nervendehnungen hatte 1 Erfolg. — 10) Gefässunterbindungen fanden 8 Mal statt: 1 Carotis (†), 4 Radiales und Ulnares (1 geheilt), 2 Femorales (1 geheilt), 61 Brachiales. — 11) Von 405 Knochenbrüchen starben 28; darunter 59 complicirte mit 12 Todesfällen. — 12) Luxationen kamen 16 zur Behandlung.

13) Von accidentellen Wundkrankheiten wurden beobachtet.

	aufgenommen;	im Spitale entstanden;	nach Operation.
Erysipelas	47 (2 †)	26 (4 †)	6
Phlegmone	62 (7 †)	12 (4 †)	—
Diffuse Zellgewebsentzündung	5 (3 †)	—	—
Pyaemie	8 (4 †)	1 (1 †)	5 (4 †)

Pilz (Stettin).

M. Schottelius. Neue Sectionstafeln mit erläuterndem Text.

Wiesbaden, **C. W. Kreidel's** Verlag, 1878.

Verf. führt in bildlicher Darstellung diejenige Schnittführung vor, welche für die Eröffnung der Körperhöhlen und die Zerlegung der Organe üblich ist. Mit Ausnahme geringer Verschiedenheiten bei der Eröffnung des Rumpfes und der Herausnahme des Darmes schliesst sich das vom Verf. angegebene Verfahren an dasjenige an, welches Virchow in seiner »Sections-Technik« beschrieben hat. Die Ausstattung des Werkes dürfte dem Zweck desselben entsprechen.

H. Tillmanns (Leipzig).

H. Köhler. Grundriss der Materia medica.

Leipzig, **Veit & Comp.**, 1878.

Verf. ist bei der Eintheilung des Materials dem in seinem »Handbuch der physiologischen Therapeutik und Materia medica« eingehaltenen System gefolgt. Die physiologischen Wirkungen der Mittel sind der Aufstellung der Indicationen und Contraindicationen in der Anwendung derselben zu Grunde gelegt worden. Die neuesten Beobachtungen auf dem Gebiete der Pharmakologie, besonders auch die Experimentalarbeiten haben in dem Buche vollste Berücksichtigung gefunden. Bei der Aufnahme der Mittel hat sich Verf. an die Pharmac. Germanica gehalten. Die Salicylsäurepräparate haben ausserdem ebenfalls Aufnahme gefunden. Den Phosphor hat Verf. leider fortgelassen, was gerade mit Rücksicht auf chirurgische Zwecke zu bedauern ist. — Das Buch ist in erster Linie für praktische Aerzte und Studirende bestimmt und dürfte sich in seiner kurzen, prägnanten Form dieselbe hohe Anerkennung erwerben, welche das »Handbuch der physiologischen Therapeutik und Materia medica« unter in- und ausländischen Gelehrten, Fachmännern etc. gefunden hat.

H. Tillmanns (Leipzig).

J. Chiene. The antiseptic dressings of wounds.
(Edinb. med. Journ. 1877. Vol. II. p. 509.)

Die Kosten des antiseptischen Verbandmaterials und die lästige Benutzung des Spray halten manchen Chirurgen von der Listerschen Verbandmethode ab. Verf. giebt, um diese Hindernisse mehr aus dem Wege zu räumen, folgende erprobte Rathschläge. — Da es ihm trotz vieler Bemühungen bis jetzt nicht gelungen ist, ein carbolisirtes, brauchbares Verband-Papier darzustellen, so benutzt er zur Einlage in den Verband carbolisirte Schwämme. Dieselben werden, nachdem sie in 5% Carbollösung gelegen, gut ausgedrückt und zwischen die äussere und die innerste Verbandschicht eingelegt. Recht zweckmässig benutzt man kleine Schwämme; ihre Capillarröhren saugen die secernirende Flüssigkeit besser auf, in Folge dessen braucht der ganze Verband viel seltener erneuert zu werden. In Fällen, bei denen man Blutung befürchten muss, sind sie ganz besonders zweckmässig, weil man mit besonderer Festigkeit die äusseren Verbandtouren ohne Sorge vor Druck anlegen kann. Verf. konnte nicht selten 6—10 Unzen Flüssigkeit aus solchen Verbandschwämmen ausdrücken. — Um den lästigen Spray bei dem Verbandwechsel entbehren zu können, räth Ch. in folgender Weise zu verfahren: Nach geschehener Drainirung durch Catgut wird eine dünne Carbolgazeschicht auf die Wunde applicirt und durch Binden oder mit Klebemasse (Canadabalsam, Guttapercha in Chloroform gelöst) befestigt. Dieser poröse Verband lässt alles Secret abfliessen und es braucht deshalb derselbe selbst nicht erneut zu werden, sondern nur die über diesen Verband angelegte äussere Verbandschicht; deshalb bedarf man bei nothwendig werdender Erneuerung der äusseren Verbandlagen nicht des Spray's, nur der gründlichen Befeuchtung des permanenten Unterverbandes (deep dressing) mit Carbollösung. Die Imprägnirung mit Carbolsäure hat den Zweck, zu verhindern, dass beim Verbandwechsel Organismen oder zersetzte Stoffe auf den liegen bleibenden Verband kommen und später bis zur Wunde gelangen können. Nach Verf. Versuchen ist die Befestigung mittelst Gazebinden der durch Klebstoffe vorzuziehen. — Abgesehen davon, dass die Reizung der Wunde durch den Carbolnebel unterbleibt, ist dieses Verfahren vergleichbar der Wundheilung unter dem Schorfe, da der unterste Verband nicht entfernt zu werden braucht, bis die Wunde eine oberflächliche geworden. Verf meint, dass man den untersten Verband nicht zu erneuern brauche, wenn nicht Puls- oder Temperatursteigerung oder Schmerzen in der Wunde zur Abnahme nöthigen.

Pils (Stettin).

B. Luchsinger. Die Wirkung von Pilocarpin und Atropin auf die Schweissdrüsen der Katze.
(Pflüger's Archiv Bd. XV. p. 482—492.)

Im N. ischiadicus der Katze verlaufen, wie L. früher gezeigt hat, sämmtliche Schweissnerven für die Hinterpfoten (s. Centralbl. für

Chir. 1877, p. 133). Injicirte L. einer Katze, deren N. ischiad. auf einer Seite (am Oberschenkel) durchschnitten war, 0,01 Pilocarpin unter die Rückenhaut, so trat neben Salivation, Myosis, vermehrter Darmperistaltik u. s. w. reichliches Schwitzen durch mehrere Stunden hindurch auf und zwar an allen 4 Pfoten gleichmässig. In einem anderen Versuche, wo 6 Tage nach der Durchschneidung des Hüftnerven Pilocarpin gegeben wurde, blieb das Schwitzen nur im Bereiche der entnervten Hinterpfote aus. Da nun nach 6 Tagen die Nervenfasern bis in ihre letzten Enden voller Degeneration anheimfallen, so ergiebt sich, dass der periphere Angriffspunkt des Pilocarpin zu verlegen ist, mit Wahrscheinlichkeit in die peripheren Enden der Schweissfasern. Ganz analoge Befunde hat Heidenhain an den Speicheldrüsen erhalten, die man nach L. gewissermassen als riesig entwickelte Hautdrüsen der Mundhöhle auffassen kann. Auf Nicotin- und Calabareinführung zeigen sich bedeutende Unterschiede in der Schweisssecretion zwischen der gesunden und der entnervten Pfote; doch kann man auch in letzterer durch locale Calabarinjection regelmässig geringe Secretion hervorrufen. Es tritt also auf Calabar und Nicotin zu einer mässigen, ja häufig fehlenden peripheren Reizung stets noch eine erhebliche centrale Erregung hinzu. Dass diese auch beim Pilocarpin nicht ganz fehlt, lehrt folgender Versuch. Einer tracheotomirten Katze werden, um den Einfluss des Hirns auf die Schweisssecretion auszuschalten, die 4 Halsarterien ligirt; nachdem das Thier sich erholt hat, wird um die Bauchaorta ein Faden geschlungen und in die Vena jug. 0,01—0,02 Pilocarpin eingespritzt. Sehr bald treten auch auf der blutleeren Hinterpfote Schweisströpfchen auf, die reichlicher werden, wenn man den Blutstrom freigiebt. Die demnach unzweifelhafte Erregung des Marks wird durch Injection grösserer Giftmengen erheblich verstärkt. Aehnlich sind die Erfahrungen von Cloëtta in Zürich. Auf Injection von 0,04 Pilocarpin unter die Rückenhaut eines Pferdes trat sehr bald Speichelfluss, nach 5 Min. local, auf die Einstichstelle beschränkt, Schweiss auf, der allmälig an Intensität und Ausbreitung zunahm; aber erst 24 Min. nach der Injection erschien deutlicher allgemeiner Schweiss. Hier zeigt sich die periphere Wirkung des Pilocarpin evident durch das früher beginnende und reichlichere Schwitzen im unmittelbaren Bereich der Applicationsstelle.

Ist bei einer Katze, deren beide Ischiad. durchschnitten sind, auf Pilocarpin an beiden Hinterpfoten Schweiss ausgebrochen und injicirt man nun 0,003 Atropin sulf. unter die Rückenhaut, so verschwinden Speichel- und Schweisssecretion etwa nach 10 Min. und nunmehr lässt sich weder durch elektrische Reizung der peripheren Ischiad., noch bei directer Reizung der Drüsen selbst Secretion hervorrufen. Spritzt man alsdann 0,01 Pilocarpin direct in die eine Hinterpfote, so fängt diese deutlich zu schwitzen an, während die Vorderpfoten und die andere Hinterpfote noch unter der lähmenden Einwirkung des Atropin stehen. Es kann also allerdings eine gewisse Menge

Atropin die Reizwirkung einer gewissen Menge Pilocarpin ganz aufheben; es wird aber auch andererseits diese lähmende Wirkung des Atropin durch noch grössere Mengen des Reizmittels (Pilocarpin) überwunden. **J. Munk** (Berlin).

Justi. Ueber adenoide Neubildungen im Nasenrachenraume.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 125. Mit Holzschnitten.)

An der Hand eines demonstrirten Falles schildert er in ansprechend lebhafter Weise zunächst die erst in der Neuzeit näher erforschten adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume und die historische, allmälig weiter schreitende Erkenntniss und Würdigung des Leidens. Von einschlägigen Arbeiten erwähnt er die von Voltolini, W. Meyer, Wendt, Störk, Zaufal und Michel. — Der Ausgangspunkt der betreffenden Schwellungen ist die »Tonsilla pharyngea«, als deren Hyperplasien sie sich darstellen und neben bedeutendem Gefässreichthum tonsillären Bau zeigen, weshalb W. Meyer die Bezeichnung »adenoide Vegetationen« wählte. Die Tonsilla pharyngea nimmt nach Luschka das Rachendach ein, steigt zur hinteren Rachenwand herab, bildet die Grundschicht der Rosenmüller'schen Gruben und verläuft über dem Wulst der Tuben. — Die adenoiden Wucherungen kommen in zwei Hauptformen, den häufigeren blatt- und den seltneren zapfenförmigen vor. Das Kindesalter hat eine Praedisposition dafür. —

Bei Schilderung des Symptomencomplexes wird auf den demonstrirten Fall als besonders instructiv recurrirt. Offenhalten des Mundes, da der Respirationsweg durch die Nase verlegt ist; an den Choanen sitzen die Geschwülste, in der Nase ist die Schleimhaut geschwellt, da Pat. mit adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum eine besondere Disposition zu Erkrankungen der Nasenschleimhaut, besonders der unteren Muschel haben. Ein verschleierter trüber Blick ist Folge, theils der Ausdehnung des Processes von der Nasenschleimhaut auf Conjunctiva und Thränendrüse, theils eines bei der Erkrankung meist vorhandenen Kopfschmerzes. Beim Schlafen zeigt sich Schnaufen und Schnarchen. Die Sprache ist näselnd, dumpf und eintönig; statt der Nasenlaute n, m, ng werden die Verschlusslaute d und l ausgesprochen etc. — Nach der Operation schwindet meist direct das Näseln, nicht aber das Klanglose der Sprache, was durch die noch weiter bestehende Verdickung des Velum bedingt wird. — Die Geschwülste sondern einen zähen grünen Schleim ab, der in der Nacht inspirirt wird und früh schwer entfernbar ist. — Oft geht der Erkrankungsprocess auf das Mittelohr über.

Unter den diagnostischen Hülfsmitteln ist zuerst die Digitalexploration, dann die Inspection mittelst des Nasenrachenspiegels zu nennen. Die Reizbarkeit der Rachentheile wird durch mehrmaliges Bepinseln mittelst der von Türk-Bernatzik für den Kehlkopf angegebenen chloroformhaltigen Morphiumlösung gemildert. — Den

Untersuchungsraum erweitert J. bisweilen durch ein gabelförmiges Instrument, mit welchem er das Velum hebt und nach vorn zieht. Der Zaufal'sche Nasentrichter dient unter Umständen dazu, von vorn Licht zuzuführen und von hier zu inspiciren. —

Die Behandlung der Neubildungen besteht lediglich in ihrer Entfernung. Man hat sie durch Aetzen und galvanokaustisch zerstört, oder durch besondre Messer und Schlingenschnürer abgetragen; Verf. bedient sich nur des scharfen Löffels, den er an langen, gebogenen Stielen aufsitzen lässt, die natürlich für rechts, links und hinten verschiedenartigen Sitz des Löffelendes haben müssen. Auch benutzt J. mit Vorliebe scharfe Löffel an einem kurzen Stiel, der auf einem Ringe sitzt und welchen letzteren der Operateur über den Zeigefinger zieht. Verf. entfernt die ganze Geschwulstmasse in einer Sitzung und stillt die darnach folgende Blutung durch Eisenchloridwatte und Ausspülen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Huber. Zur Casuistik der Trachealgeschwüre.

(Bayr. ärztl. Intelligenzblatt 1877. No. 46. p. 477.)

Bei einem Phthisiker mit Cavernen bestand ein fast unstillbarer Hustenreiz, trotzdem der Kehlkopf vollkommen gesund sich erwies. Die Autopsie ergab ein $3^1/_2$ cm langes und $1^1/_4$ cm breites seichtes Geschwür an der hinteren Trachealwand direct unterhalb des Ringknorpels. Ob die sensibeln Fasern im Geschwür den Reiz vermittelten, oder das wenige bis zur Bifurcation hinabfliessende eitrige Secret, lässt Verf. dahingestellt. Er möchte nur die Frage stellen, ob die Geschwüre der hinteren Wand regelmässig hartnäckigen Hustenreiz machen und umgekehrt aus letzterem vielleicht auf erstere geschlossen werden dürfte, wenn andere Ursachen fehlen.

Mögling (Tübingen).

Trendelenburg. Ueber einen Fall von Gastrotomie bei Oesophagusstrictur. (Nebst Tafel.)

(Arch. f. klin. Chirurgie 1877. Bd. XXII. Hft. 1. p. 227.)

Bei einem 8jährigen Knaben, der aus Versehen im Juli v. Jahres einen Schluck Schwefelsäure getrunken hatte und bei dem sich in Folge davon eine allmälig impermeable Oesophagusstrictur ausgebildet hatte, machte T., da die Ernährung des Kranken auf andere Weise nicht mehr möglich war, — das Körpergewicht desselben war auf 16,5 k gesunken, die Abmagerung hatte den höchsten Grad erreicht, — die Gastrotomie. Der 5 cm lange Schnitt verlief parallel dem unteren Rande des knorpeligen Theils der achten Rippe links, einen Querfinger breit von demselben entfernt. Nach Stillung der Blutung wurde das Peritoneum in derselben Linie gespalten. Leberlappen und Magen lagen vor. Um letzteren als solchen richtig zu er-

kennen, zog T. zunächst das Netz etwas hervor und konnte leicht den Ansatz desselben an Colon und Magen finden. Der eigenthümliche Verlauf der Art. und Vena gastroepiploica macht die Ansatzstellen des Netzes an den Magen so charakteristisch, dass jeder Zweifel gehoben sein musste, als diese Gefässe zu Tage traten. Die vordere Wand wurde provisorisch durch kreuzweis angelegte Acupuncturnadeln fixirt, dann die Wand mit sammt dem Peritoneum vermittelst 14 Nähte in der Wunde befestigt. Darauf wurde die Magenwand im Innern dieses Kreises kreuzweise eingeschnitten und ein Drainrohr in den Magen eingeschoben. Die Operation wurde unter antiseptischen Cautelen ausgeführt.

Vom zweiten Tage ab wurden neben den ernährenden Klystieren kleine Mengen von geschabtem Fleisch mit Ei direct in den Magen gegeben. Es entwickelte sich dann weiter ein fieberhafter Magen-Darmkatarrh mit Durchfällen, welcher in wechselnder Intensität mehrere Wochen anhielt. Die Speisen (geschabtes Fleisch, Eier, Milch, Nestle'sches Kindermehl) wurden in 3stündigen Intervallen mittelst Spritze in den Magen eingebracht, das Fleisch, nachdem der Knabe es vorher gekaut, mit Speichel vermischt und wieder ausgespieen hatte. Der Magenkatarrh verschwand als die Ernährungsmethode geändert wurde. An das Drainrohr wurde ein längeres Rohr angesetzt und durch dieses lässt der Knabe die gekauten Speisen direct in den Magen aus der Mundhöhle hinuntergleiten, indem er mit einer blasenden Mundbewegung nachhilft. Der Knabe lebte nun von gewöhnlicher Kost. Nach der Mahlzeit wird das Drainrohr durch einen Kork verschlossen und lässt keinen Magensaft ausfliessen. Im Laufe von 4 Monaten hatte der Knabe um ein Viertel seines Körpergewichts zugenommen.

Die Fistel weiter anzulegen als nothwendig ist, um ein Drainrohr von 1 cm Lichtung einführen zu können, hält Verf. für nicht nothwendig. Grössere Oeffnungen machen einen besonderen Verschlussapparat nothwendig. Die Fistel hat allerdings Neigung sich zu erweitern, man verhütet das aber dadurch, dass alle 6 Tage während der Nacht das Drainrohr auf einige Stunden entfernt wird. Die Fistel zieht sich dann stark zusammen.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Bandl. Zur Operation der Blasenscheidenfisteln. Werth der Bozeman'schen Operationsmethode.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 37—40, 45—48.)

Verf. hat nach Veröffentlichung des seiner Zeit im Centralbl. für Chir. 1876, p. 200 ausführlicher referirten Bozeman'schen Verfahrens in $1^1/_4$ Jahren 17 zum Theil höchst schwierige Fälle von Blasenscheidenfisteln mit sehr grossen Defecten nach dieser Methode geheilt. — Ein Hauptmoment liegt in der vorbereitenden Behandlung, der allmäligen Erweiterung der Scheide und im Mobilmachen

der Defectränder. B. theilt zunächst eine Reihe von Fällen mit, in welchen keine oder nur kurz dauernde präparatorische Behandlung nöthig war, wobei aber zweifellos nach Einlegen von Kugeln und Cylindern die anatomischen Verhältnisse übersichtlicher wurden. In B.'s Fällen wechselte der Defect von einer Ausdehnung von 2 cm bis zu einer Grösse, dass Uterus und Harnröhre mitgetroffen waren; in zwei Fällen war die Urethra nur in einer Länge von 1,5 cm erhalten. — Die präparatorische Behandlung dauerte je nach dem Falle einige Tage bis vier Wochen. Die Heilung wurde meist durch eine Operation erzielt, nie waren mehr als zwei nöthig. — In einer anderen Reihe von Fällen waren starke, narbige Verengerungen der Scheide vorhanden und mussten erst durch längere, schwierige Vorbereitung die Narben gedehnt werden. — Hinsichtlich des Details ist auf das Original zu verweisen. **v. Mosengeil** (Bonn).

R. Kaltenbach. Beitrag zur Anatomie und Genese des Uterusprolapses nebst Bemerkungen über Punction der Abdominalhöhle vom Scheidengewölbe aus.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. I. Hft. 2. p. 452.)

Die verschiedenen Verhältnisse des Bauchfelles bei Prolaps des Uterus zum Uterus und den Nachbarorganen sind von Wichtigkeit für einzelne operative Eingriffe (Fistel- und Prolaps-Operationen). Verf. beschreibt einen Fall von sogenanter Hernia vaginalis anterior, d. h. einen Fall, in dem die vordere Peritonealtasche primär so tief zwischen Blase und Uterus herabgetreten war, dass keine Verbindung mehr zwischen beiden Organen bestand. Als Ursache wurde hier ascitische Flüssigkeit erkannt, die bei Compression des Prolapses in die Bauchhöhle zurückgedrängt werden konnte. Incision der invertirten Vagina entleerte 10 Liter ascitische Flüssigkeit. Besserung. Einige Wochen später stirbt Patientin an einem Abdominaltyphoid. Häufiger sind nach Verf. die Fälle, wo durch freie Abdominalergüsse die hintere Peritonealtasche abwärts gedrängt wird, also zunächst eine Hernia vaginalis posterior, secundär aber auch ein completer Uterusprolaps entsteht. Einmal ist nun in diagnostischer Beziehung die Punction vom vorderen oder hinteren Scheidengewölbe sehr wichtig; sodann hält Verf. auch in therapeutischer Hinsicht diese Art der Punction für sehr werthvoll, da die tiefe Lage der Oeffnung eine sehr vollständige Entleerung gestattet. Auch bei geborstenen Ovarialcysten ist das Verfahren zu empfehlen. Verf. empfiehlt wegen der Dicke der Gewebe mehr die Incision von 1—1,5 cm Länge als den Troikar; nach der Entleerung eine das Peritoneum mitfassende Naht.

Benicke (Berlin).

H. Picard. Traité des maladies de la prostate.

Paris, J. B. Baillière et fils, 1877.

Dem gewöhnlichen Schema eines Handbuches entsprechend, behandelt P. nach einleitenden Bemerkungen über die anatomischen Verhältnisse, über die physiologischen Aufgaben der Prostata und über die Bildungsfehler zunächst die Verwundungen des Organs, wobei die falschen Wege besonders berücksichtigt werden. — Das folgende Capitel über Entzündungen und Eiterungen der Drüse giebt Verf. Veranlassung sich über die Prostatorrhoe und die verschiedenen durch die Urethra nach aussen entleerten Secrete zu verbreiten. An die Besprechung der Verschwärungen der Prostata reiht sich die Beschreibung des Endoskops von Desormeaux als eines für die Diagnose wichtigen Hülfsmittels. Hierbei figuriren unter den ätiologischen Momenten, nach französischer Art, der Tripper, der »Herpetismus«, die Scrophulose, die Tuberkulose und der Krebs.

Dem Krebs und der Tuberkulose wird noch ein weiteres besonderes Capitel gewidmet, das nach der Monographie von M. Joly (1869) bearbeitet worden ist. Hieran schliesst P. wiederum gesondert die Besprechung der Cavernen und der Fisteln der Vorsteherdrüse. — Das Capitel über die innerhalb des Organs vorkommenden Concretionen enthält gleichzeitig die verschiedenen Verfahren nebst Angabe der Instrumente zur Entfernung der Prostatasteine. — Von den sehr seltenen Cysten citirt Verf. ein paar Beobachtungen von Béraud und Thompson, um in den beiden Schlusscapiteln die Hypertrophie und die Atrophie der Prostata ganz ausführlich zu behandeln. Es sind dies die besten Abschnitte des ganzen Buches, das zwar wenig eigene Erfahrungen, sondern meist Compilationen bringt; aber durch die Klarheit der Darstellung, die durchsichtige Anordnung des Stoffes und durch die Gewissenhaftigkeit der Bearbeitung bietet es dennoch eine willkommene Bereicherung der einschlägigen Monographien. — Leider hat Verf. fast nur die französische Literatur berücksichtigt, die englische nur sporadisch, die deutsche so gut wie gar nicht.

v. Lesser (Leipzig).

H. Bousquet. Amputation sous-astragalienne du pied. Modification apportée au manuel opératoire.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 43.)

B. meint, dass die Amputatio sub talo, so wie sie gewöhnlich ausgeführt zu werden pflegt, selbst dem geübten Operateur Schwierigkeiten bereiten und dem Pat. gefährlich werden könne. — Den ersten Punkt betreffend, sei es ja bekannt, dass die linke Hand des Operateurs unter dem beständigen Gestreckthalten des Fusses sehr ermüdet; die Gefahr für den Pat. bestehe hauptsächlich in der Verletzung der arteriellen Gefässe; von der Integrität der Art. tibial. postic. hänge ja eben das Schicksal des grossen Weichtheillappens in der Fussohle ab.

Diesen Unzukömmlichkeiten zu begegnen, empfiehlt B. folgendes Verfahren:

Linker Fuss: Das Bein ist auf einem Kissen gelagert, und so erhoben, dass der über den Tischrand hinausreichende Fuss in Brusthöhe des Operateurs sei, der der planta pedis gegenüber steht. — So wie die Incision in der gewöhnlich üblichen Weise gemacht ist, erfasst der Gehülfe die Zehen des Fusses, und spannt letzteren hiermit stark nach vorn und einwärts; der Operateur umschneidet den dorsalen Lappen bis zum vorderen Rand des Astragalus.

Nun erhebt der Gehülfe den Fuss, ihn stets an den Zehen haltend, so dass der Operateur die planta pedis vor sich hat. Letzterer schneidet nun den Plantarlappen aus, und zwar von aussen nach innen hin, von der Spitze des Lappens bis an die Ferse, sorgfältig überall die Weichtheile vom Knochen ablösend. Ist die planta pedis völlig skeletirt, so hängt schliesslich nur noch die Achillessehne an der hinteren Fläche des Fersenbeines.

Jetzt folgt die Exarticulation. Der Assistent lässt nun den Fuss los, erfasst dafür beide Lappen, den einen nach oben, den anderen nach hinten haltend. Der Operateur erfasst den Fuss und kann, da ein Verletzen der Gefässe nicht mehr möglich ist, bequem exarticuliren. Nach Eröffnung der Gelenke hängt schliesslich der Fuss nur mehr an der Tendo Achill., die jetzt exact abgelöst werden kann.

Das Wesentliche der vom Verf. empfohlenen obigen Operationsmethode besteht demnach darin, dass die beiden Lappen vor der Exarticulation vollständig lospräparirt werden sollen; überdies fällt die Mühe des Gespannthaltens des Fusses völlig dem Assistenten zu.

Fr. Steiner (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

G. v. Schmidt (Moskau). Behandlung des Krebses mit Guacopräparaten.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 49.)

Verf. giebt in einer an Reclame erinnernden Weise Krankengeschichten über Heilungen von Carcinomen durch Anwendung von »Guacopräparaten« (Tinctur und Pflaster) in seiner Heilanstalt.

Da man ja von vornherein die Heilbarkeit der carcinösen Neubildungen durch medicamentöse Stoffe nicht für unmöglich erklären kann (denn warum sollten sie nicht ebensogut auf Anwendung eines geeigneten Mittels verschwinden, wie syphilitische Tumoren nach Jodkalium —), so ist die Sache zu erwähnen, eventuell zu prüfen.

v. Mosengeil (Bonn).

A. Rooch. A case of traumatic tetanus cured by combined use of chloralhydrate and curare.

(St. Louis Clinical Record 1877. October. p. 180.)

Die 37 Jahr alte Pat. war auf einen Nagel getreten, welcher nahe der Sehne des Flexor hallucis dextr. eindrang und eine ganz unbedeutende Wunde setzte.

14 Tage später traten Krämpfe im rechten Beine auf, welche bald sich über das ganze Muskelsystem verbreiteten und nur die von den Nervi faciales versorgten Muskeln frei liessen. Anfangs schaffte Chloralhydrat (4,0 im Klystier 3—4 Mal täglich) Erleichterung; am 3. Tage versagte es den Dienst. Darauf wurde Curare subcutan injicirt, und zwar in den ersten 24 Stunden 0,09 ohne den gewünschten Effect. Erst als mit Curare Chloral zugleich gegeben wurde, hörten in wenigen Tagen die Krämpfe auf. Im Ganzen bekam Pat. 0,36 Curare in 17 Injectionen innerhalb 4 Tagen; Chloralhydrat 120,0 meist im Klystier in 8 Tagen. Vollständige Heilung. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

G. Morrill. A case of leucocythaemia; sudden und marked diminution in size of the spleen.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Vol. I. p. 633.)

Ein 25jähr. Mann, bisher gesund, bekam innerhalb $1/2$ Jahre leichten Husten, Appetitlosigkeit, Druck im Epigastrium, intercurrente Durchfälle und Nachtschweisse. Jetzt ist er ausserordentlich blass, abgemagert, so schwach, dass er kaum gehen kann; die Leber und besonders die Milz ist ausserordentlich vergrössert, auf Druck schmerzhaft, einige Drüsen finden sich in der rechten Leiste; das Herz ist durch die Milz nach oben und rechts gedrängt und hat ein syst. Geräusch an der Spitze. Leichte Oedeme an den Füssen, Urin eiweissfrei. Weisse und rothe Blutkörper sind in gleicher Zahl vorhanden; die ersteren haben 3 verschiedene Grössen. Nach Durchfällen sollen die rothen Blutkörper in grösserer Zahl vorhanden gewesen sein; die höchste Zahl war 10 Monat nach der Aufnahme. Vergeblich wurde Jodkali, Phosphor, Arsen, Chinin., doppeltkohlensaures Natron, Ferrum gereicht. Nach subcutanen Ergotininjectionen in die Bedeckungen der Milz entstand leichte Peritonitis. 14 Monate nach der Aufnahme fühlte Pat., dass in seiner linken Seite etwas nachgebe, es erfolgten nun durch 2 Tage mehrere eiterartige Stuhlgänge und die Untersuchung ergab eine um Vieles verkleinerte Milzdämpfung, ohne dass die rothen Blutkörper an Zahl zugenommen hätten; Eiweiss und Cylinder traten im Urin auf. Das Gehör auf dem rechten Ohr herabgesetzt; Pat. ist noch in Behandlung.

In der Epikrise weisst Verf. darauf hin, dass keine medicamentöse Behandlung bis jetzt einen Erfolg erzielt hat, dass die Verhältnisszahlen zwischen weissen und rothen Blutkörpern sich ohne auffallende Veränderung des Allgemeinzustandes leicht ändern können. Bei der Differentialdiagnose, ob eitrige Peripleuritis oder Milzabscess, macht M. speciell auf die Erfahrung aufmerksam, dass nach Entleerungen von Abscessen die Verhältnisszahl für die rothen Blutkörper sich hebe. So sah Browne vor der Eröffnung eines Psoasabscesses weisse und rothe Blutkörper im Verhältniss von 1:18, nach derselben 1:180. Der Zutritt der Nierenaffection ist ein seltenes Ereigniss bei der Leucocythämie. **Pilz** (Stettin).

Derblich. Rasche Heilung einer erworbenen vollkommenen Taubstummheit durch Faradisiren.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 47 und 48.)

Während plötzliche Aphonie für sich nicht so selten ist, auch plötzliches Taubsein allein beobachtet wurde, ist plötzliches Taubstummsein gewiss höchst selten. Ein Grenzwächter war nach überaus grossen Dienststrapazen und Familienkummer plötzlich unter maniakalischen Delirien taubstumm geworden. Das Irresein legte sich von selbst, das Gehör und Sprachvermögen kehrten nach einige Zeit lang fortgesetztem Faradisiren im Gesicht und am vorderen Theile des Halses wieder zurück. **v. Mosengeil** (Bonn).

Köhler. Ein Fall von Lepra maculosa mutilans.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 46.)

Bei einer 50jährigen Bauersfrau hat sich seit 15 Jahren, unmittelbar nach einer Entbindung beginnend, das Leiden entwickelt. Die linke Hand schwoll zuerst an, die Haut wurde schwarz, löste sich ab, und die Hand bedeckte sich mit einem weissen Häutchen. Allmälig wurden die Finger immer kleiner, so dass eine Phalanx ganz verschwand, die obersten Nagelglieder jedoch erhalten blieben, theilweise mit Fortbestehen der verdickten Nägel. Unter dem weissen Häutchen entwickelte sich bisweilen Eiter, der zu Borken eintrocknete. Die mit diesem weissen Häutchen, das auch einen Theil des Vorderarmes überzieht, bedeckten Stellen sind bei Berührung sehr schmerzhaft. Zur Reinigung von den Borken wurde eine Carbolsalbe aufgelegt, die zugleich anästhesirend wirkte.

Derselbe. Angeborene Missbildung am unteren Ende der Wirbelsäule.

(Ibidem.)

Ein 5jähriges Mädchen besitzt eine angeborene Sacralgeschwulst, welche am oberen Rande des Kreuzbeins beginnend bis über die Analöffnung herabfällt. Der Tumor ist weich, nur oben eine härtere, höckrige Beschaffenheit zeigend, hat in der Mitte eine Rinne, ist beweglich und liegt etwas nach links von der Medianlinie und trägt noch eine zweite, harte Stelle. Bei der Geburt war eine Cyste unten vorhanden, die punctirt wurde, Flüssigkeit entleerte und sich nicht wieder füllte.

Aufgefasst wird die Erscheinung als sogenannter Sacralparasit, entstanden aus einem nicht ausgebildeten Zwillingskind. Spina bifida liegt nicht vor, da die Oeffnung in der Wirbelsäule nicht zu fühlen ist und harte Gebilde vorhanden sind.

Mosengeil (Bonn).

Larcher. Étude générale sur le lait rouge.

(Rapport lu à la société centrale de médicine vétérinaire.)

(Annal. de Gynéc. 1877. Oct. p. 241.)

Das Auftreten von mehr oder weniger intensiver Rothfärbung der Milch (lait rose und lait rouge) ist bei sehr verschiedenen Thierspecies beobachtet, am häufigsten und genauesten bei der Kuh, äusserst selten bei der stillenden Frau. Das Aussehen der Milch differirt erheblich nach dem Verhältniss der rothen Blutkörperchen und der Rahmmenge in derselben.

Wenn man von den durch den Genuss gewisser Pflanzen oder durch allgemeine Blutveränderung bedingten, sowie von den nach sehr heftiger Erkältung, etwa gleichzeitig mit Hämaturie, unter dem Einfluss der Brunstzeit, nach exquisiten Traumatismen auftretenden Fällen von »Blutmelken« absieht, so bleibt immer noch eine Anzahl von Beobachtungen übrig — und der Fall, welcher L. zur Berichterstattung übertragen war, gehörte zu diesen —, wo das Phänomen gleich im Beginn der Lactation constatirt wurde bei Kühen, welche weder dabei noch danach örtliche oder allgemeine krankhafte Zustände irgend welcher Art erkennen liessen. Nach Verlauf einiger Wochen pflegt es sich dann wieder zu verlieren.

L. glaubt, dass der ungewöhnlich heftige Blutandrang zu den Brüsten in diesen Fällen durch zu frühzeitiges und ungeschicktes Melken veranlasst sei.

Die Kälber gedeihen dabei meist ganz gut, in L's Fall sogar besonders gut, so dass allen Ernstes die Frage aufgeworfen wird, ob man nicht durch künstliche Hervorrufung der Abnormität für den Arzeneischatz ein recht wesentliches Tonicum gewinnen könnte. Da aber Beobachtungen von schädlichen Folgen nach ihrem Genuss existiren, liegt es nach der Meinung des Ref. weit näher, beim derzeitigen Stand der Frage den Gebrauch der Blutmilch zu verbieten.

Löhlein (Berlin).

P. Astaszewski. Reaction des Speichels aus der Parotis beim gesunden Menschen.

(Aus dem physiolog. Laborat. des Prof. Kowalevski in Kasan.)

(Medycyna 1878. No. 10. polnisch.)

Der Speichel aus der Parotis wird von den meisten Forschern als alkalisch und zwar stärker alkalisch als der gemischte Speichel der Mundhöhle bezeichnet. Die Untersuchungen, welche A. an 16 gesunden Menschen angestellt hat, führten ihn zu anderen Resultaten. Der frische vermittelst feiner Glasröhrchen aus dem Stenon-schen Ausführungsgange gewonnene Speichel reagirt nach A. sauer (blaues Papier wird sogleich roth). Nur bei rascher und starker Einwirkung auf das secretorische Organ (Bepinselung der Zunge mit Aether bei gleichzeitiger subcutaner Injection von Pilocarpinum) soll der Speichel für kurze Zeit (höchstens eine Stunde) alkalisch reagirt haben. — Was die Stärke der sauren Reaction anbelangt, so war sie am stärksten in den ersten 2 Stunden nach dem Essen, am geringsten im nüchternen Zustande. Der Speichel verwandelte die Stärke in Traubenzucker um so schneller, je stärker die saure Reaction war. — Der Wirkung der atmosphärischen Luft ausgesetzt, wird der Parotisspeichel im Verlauf von ein paar Minuten, manchmal aber erst nach mehreren Stunden alkalisch. Daraus zieht A. den Schluss, dass die Reaction von einer flüchtigen Säure, wahrscheinlich der Kohlensäure, abhänge.

Obaliński (Krakau).

A. Hartmann. Ueber das Empyem der Stirnhöhlen.

(Arch. für klin. Med. Bd. XX. Hft. 5. 6. p. 531.)

Verf. empfiehlt beim chronischen Schnupfen mit Nebenhöhlenerkrankung die galvanokaustische Behandlung, besonders da, wo Eiteransammlung in den Stirnhöhlen eingetreten ist. Ein einmaliges Bestreichen der am stärksten vorspringenden Schwellungen mit dem Voltolini'schen Galvanokauter genügte in dem einen Falle, um die Erscheinungen zurückgehen zu lassen. Mit Abschwellung der Nasenschleimhaut wurde auch die Schwellung des zur Stirnhöhle führenden Canals rückgängig, so dass das Secret ausfliessen konnte. Man kommt wohl in solchen Fällen schneller zum Ziele als mit dem Pollitzer'schen Verfahren, das H. auch manchmal in Anwendung bringt. Denn bei stärkerer Schwellung der Schleimhaut des Canales muss man die Lufteintreibungen oft wiederholen, welche bei hochgradiger Stenose schliesslich keinen Erfolg mehr ergiebt und an deren Stelle die locale Behandlung der Schleimhaut treten muss.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Tillaux. Abscès du cerveau profond reconnu sur le vivant et ouvert par une ponction, faite à l'aide du bistouri, dans la substance cérébrale.

(Gaz. des Hôpit. 1877. No. 84.)

Ein Mann (Alter?) hatte 6 Monate vor seiner Aufnahme einen Typhus überstanden, in dessen Gefolge sich ein kleiner Eiterherd links von der Mittellinie des behaarten Schädels nahe hinter dem linken Schenkel der Lambdanaht entwickelte. Eines Tages, nachdem die Eiterung, bei sonstigem guten Allgemeinbefinden, bereits mehrere Monate gedauert hatte, wurde der Pat. plötzlich von completer rechtsseitiger Hemiplegie befallen; die Sensibilität war etwas vermindert, die Sprache und die Intelligenz waren intact. Am nächsten Tage war die Sprache mühsam, aber nicht mit dem Charakter der Aphasie; der Kranke machte den Eindruck eines stupiden, geistig geschwächten Menschen. Man fand nun eine Nekrose des Schädelknochens an der eiternden Stelle und entfernte den Sequester in mehreren Stückchen; die Operation hatte nur vorübergehende Besserung zur Folge und nachdem man einige Tage zugewartet hatte, wurde beschlossen, an dem schon viel schlechter aussehenden Kranken die Dura zu incidiren. Nach Erweiterung der Knochenöffnung mittelst des Meissels erschien die Dura entsprechend der Ausdehnung des Sequesters stark verdickt, granulirend — in der Umgebung gesund. Sie wurde durch einen Kreuzschnitt gespalten, unter ihr trat erweichte Gehirnsubstanz zu Tage. T. stach hier ein Bistouri mindestens $2^1/_2$ cm tief ein und es entleerte sich guter Eiter, besonders als durch die Wunde eine Metallcanüle 4 cm

weit eingeschoben wurde, eine Menge von mindestens 3 Esslöffel voll. Nachdem ein Streifen eingelegt worden war, wurde ein leichter Deckverband applicirt. Die Besserung nach der Operation betraf Anfangs nur die Sprache, die etwas leichter schien; am folgenden Tage war auch das Sensorium freier; jedoch schon am 2. Tage nach der Operation trat hohes Fieber auf, die Wunde eiterte nicht mehr und der Kranke war als verloren zu betrachten.

Weitere Nachrichten fehlen. **Winiwarter** (Wien).

H. Marsh. A case in which abdominal section was performed for intussusception.

(St. Bartholom. Hospital Rep. Vol. XII. p. 95.)

Das 11 Monate alte Kind hatte seit einem Monate Durchfall. 6 Tage vor der Aufnahme gingen einige Tropfen Blut durch den After ab, am folgenden Tage schon trat Darm durch den Anus hervor, der zurückgedrängt immer zu Tage kam; trotzdem erfolgte noch an diesem Tage eine Ausleerung. Bei der Aufnahme war das Kind abgemagert, erschöpft, mit kleinem Pulse und halbgeschlossenen Augen; der Darm prolabirte 5—6″, durch die Bauchdecken konnte die Intussusception bis zur linken Crist. ost. ilei verfolgt werden. Das Abdomen war unempfindlich und flach. Da der Zustand des Kindes durch Medication nicht zu bessern, mit mechanischen Mitteln ein Zurückbringen des Darms nicht zu erreichen war, da das Kind bisher erst 2 Mal gebrochen hatte, der Darm bis vor Kurzem noch durchgängig gewesen und die Intussusception nicht besonders gespannt noch dunkel gefärbt war, so machte M., wenn auch mit geringer Aussicht auf einen glücklichen Verlauf, die Laparotomie. Es war unmöglich, das Intussusceptum herauszuziehen; da versuchte M. nach Hutchinson's Erfahrung zugleich von aussen die prolabirte Partie, welche sich schon in den Anus hineingezogen hatte, weiter hinaufzuschieben, und so gelang es, durch Zug und Schub den Darm zu reponiren. Innerhalb 9 Stunden erfolgten 4 Ausleerungen; Erbrechen trat nicht wieder auf. 10 Stunden nach der Operation trat der Tod unter grosser Unruhe und von Collaps gefolgt ein. Section: Abdomen aufgetrieben; die letzten 4″ und ersten 3″ des Colon zeigten Oedem, ihre gewulstete Schleimhaut war geröthet, nirgends eine gangränöse Stelle vorhanden; im Abdomen 2 Theelöffel voll trüber bräunlicher Flüssigkeit, kein Fibrinniederschlag. **Pilz** (Stettin).

Vallin. Observation de varicocèle double terminé en phlébite suppurative aïgue des cordons; mort le 4. jour.

(France méd. 1877. No. 100.)

Ein kräftiger 30jähriger Mann, welcher eine doppelseitige Varicocele hatte, erkrankte nach starken körperlichen Anstrengungen unter hohem Fieber und Incarcerationserscheinungen, Erbrechen und hohem Schmerz des geschwollenen Hodensackes. Er starb am 4. Tage an typhösem Fieber. Bei der Section zeigten sich die Venen des Samenstranges beiderseits mit Thromben und Eiter gefüllt.

Viertel (Breslau).

Courty. Rupture par contraction spasmodique de quelques faisceaux du jumeau interne droit, an niveau de leur insertion avex le tendon d'Achille.

(Revue de thérap. méd.-chirurg. 1877. No. 11.)

Ein Fall von fibrillärer Muskelzerreissung durch Muskelzug bei einem 56jährigen, sonst gesunden Manne. — Die Krankengeschichte bietet nichts Bemerkenswerthes. **A. Hiller** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nº 17. Sonnabend, den 27. April. 1878.

Ueber die Entwickelung des sogenannten „Tumor albus“.

Von

Dr. J. A. Korteweg,
Assistenz-Arzt der chir. Klinik zu Leiden.

Die ersten Symptome des »Tumor albus« sind immer functioneller Art: Hinken und geringe Schmerzhaftigkeit. Bald danach findet man bei der Inspection eine pastöse Schwellung der ganzen Umgebung des Gelenkes, die sich sowohl klinisch wie anatomisch als eine diffuse Bindegewebsneubildung in den das Gelenk umgebenden Weichtheilen, hauptsächlich als solche des periarticulären Bindegewebes erweist. Ruhe und Compression sind alsdann meistens noch im Stande in ziemlich kurzer Zeit dem Gelenke seine normale Form wieder zu geben. An den Epiphysen kann man jetzt fast immer

schmerzhafte, meistens ziemlich umschriebene Stellen nachweisen, die vorher durch die Schwellung der Weichtheile mehr oder weniger verborgen geblieben waren. Wird aber das Gelenk von Neuem in Gebrauch genommen, so findet man auch bald wieder die Auftreibung zurückkehren.

Erfolgt keine Genesung und wird frühzeitig resecirt, so findet man 1. die Synovialis und das perisynoviale Gewebe fungös aufgetrieben, 2. wenige, leicht getrübte Synovia-Flüssigkeit, 3. den Knorpel leicht getrübt und meistens gelockert, 4. oft Knochenerkrankungen, und zwar entweder eine diffuse rothe Erweichung oder käsige Herdnekrosen, zuweilen auch mit Fungositäten erfüllte Höhlen.

Resecirte man nicht während des oben beschriebenen Krankheitsstadiums, also möglichst früh, so werden später die pathologisch-anatomischen Veränderungen meistens zu ausgebreitet, um noch eine Erklärung ihres Ausgangspunktes zu ermöglichen.

In der hiesigen chirurgischen Klinik war ich im Stande solchen Verlauf in mehr als hundert Fällen zu beobachten. Die Bearbeitung dieses Materials, sowie die genaue Durchforschung der Amputations- und Resectionspräparate, die mir durch die Güte des Professor Polano zur Verfügung standen, brachte mich zu der Schluss-Folgerung, dass der »Tumor albus« immer eine primäre Knochenerkrankung ist. Im Kurzen lassen sich meine Gründe folgendermassen zusammenfassen[1].

In der Annahme einer primären Knochenerkrankung findet man eine rationelle Erklärung aller obengenannten Symptome. Bei den gleichwerthigen Knochenerkrankungen anderer spongiöser Skeletabschnitte z. B. der Tarsalknochen findet man im Anfang die gleichen functionellen Störungen, später eben dieselbe Auftreibung der Weichtheile und noch später eben dieselben circumscripten Nekrosen und Fistelbildung.

Kann man sich wundern, dass eben dieselben Ursachen, die das periarticuläre und das perisynoviale Bindegewebe fungös entarten lassen, auch das unter ganz denselben Einflüssen sich befindende Bindegewebe der Synovialis selbst verändern? Gewiss nicht.

Dass man nicht immer solche Knochenerkrankungen findet, kann uns ebensowenig überraschen. Der centrale Knochenherd kann sich ja noch oberhalb der Sägefläche befinden, so dass er bei der Resection nicht zum Vorschein kommt. In einem solchen Falle einer Ellenbogenresection wurde zum Beispiel nachher eine weitere Resection des Humerus nothwendig. Gerade über der ersten Sägefläche kam alsdann ein centraler, in der Längsaxe des Humerus gestellter, haselnussgrosser Sequester zum Vorschein. Sehr oft wurde die Herderkrankung erst gefunden nach Durchsägung der resecirten Knochenstücke, indem der Herd bei einer oberflächlichen Betrachtung gar nicht aufzufinden war.

---

[1]) Siehe Ausführliches: Nederlandsch Tyjdschrift voor Geneeskunde, 1877, No. 10 u. 11.

Bei der Annahme einer immer primären Knochenerkrankung entgeht man den folgenden Schwierigkeiten, über welche man meines Erachtens bei der Annahme einer primären Synovialerkrankung nicht wegkommt.

1. Zwei klinisch vollkommen identische Krankheiten sollten anatomisch als ganz verschiedene zu betrachten sein.

2. Die Reizung, die die Synovialis erfährt, sollte sich ungemein früh und schnell auf die nach aussen von ihr gelegenen periarticulären Bindegewebslagen fortsetzen und an ihnen einen ähnlichen, sehr diffusen Neubildungsprocess hervorrufen, der zwar anfangs die Bedeutung einer reactiven Wucherung hat, indess eine solche Ausbreitung und Selbstständigkeit gewinnen kann, dass die Vorgänge ausserhalb des Gelenkes ganz in den Vordergrund treten, so dass der Hauptsitz der Wucherung immer das formlose, das Kapselband nach aussen umgebende, Bänder, Muskeln und Sehnen einhüllende Bindegewebe ist (Volkmann).

3. Die Reize bei der granulationsbildenden Synovitis sollten von vornherein entweder auf eine für chronisch hyperplasirende Processe sehr disponirte Synovialhaut oder in einer Intensität einwirken, welche zu bedeutend ist, um einen Hydrops oder eine Synovitis laevis zu bewirken und doch andererseits wieder zu unbeträchtlich, um eine Suppuration hervorzurufen (Hüter).

4. Das Glaubensbekenntniss, dass bei einer unzweifelhaft primären Gelenkentzündung, die Synovitis und die Chondritis so unbeträchtlich sein können, dass bei Kranken, die Jahre lang wegen der Empfindlichkeit der Tibia den Gehact nicht ausführen konnten, bei der Resection nicht nur keine Eiterung, sondern sogar nur eine mässige Granulationswucherung auf der Synovialis gefunden wurde (Hüter).

5. Die Erklärung der Thatsache, dass fast jede spontane Genesung von »Tumor albus« ohne Anchylosis zu Stande kommt, und die Beweglichkeit meist fast normal bleibt (von Langenbeck's Klinik und Poliklinik von Dr. Krönlein).

J. Jacobi. Ueber die Aufnahme der Silberpräparate in den Organismus.

(Arch. für exp. Path. und Pharmak. Bd. VIII. p. 198—222.)

Riemer ist zuerst für die Auffassung eingetreten, dass bei interner Einführung von Arg. nitr. das Silber reducirt in festen Partikelchen durch das Epithel der Verdauungsorgane hindurchtrete, um in unlöslicher Form durch Blut und Lymphe nach allen Provinzen des Körpers fortgeschwemmt zu werden. Dagegen hatten Mayençon und Bergeret angegeben, dass bei Einführung von Arg. chlorat. und nitr. eine prompte Silberausscheidung durch den Harn erfolge, was, da durch unversehrte Nieren körnige Pigmente nicht hindurchtreten können, dafür sprechen würde, dass das

Silber in gelöster Form im Körper circulirt. Die auf Cohnheim's Anregung angestellten Untersuchungen von J., welche zum grössten Theil auf Versuchen am Kaninchen fussen, haben zu folgenden Ergebnissen geführt: 1) Von reducirtem Silber (Arg. foliat. oder reduct.) geht, selbst bei grossen Dosen, keine Spur in den Körper über; weder zeigte sich in der Magen-Darmschleimhaut Silberablagerung, noch war Silber in der Leber oder den Nieren chemisch nachzuweisen. 2) Fügt man Chlorsilber zu einer Lösung von Natr. subsulph., so entsteht eine Lösung eines Doppelsalzes von unterschwefligsaurem Silbernatron, welche leicht resorbirbar ist. Bei interner Einführung derselben, zumal wenn die Einverleibung längere Zeit fortgesetzt wird, kommt es zu ausgebildeter Argyrie des Magens und Darmcanals und zwar, wie die mikroskopische Untersuchung lehrt, bleiben sowohl das Epithel wie die Magen- und Darmdrüsen von der Verfärbung durchaus frei; unterhalb der Epithellage sind reichliche Pigmentkörnchen abgelagert, welche aus reducirtem Silber bestehen. Hält man 1) und 2) zusammen, so ergiebt sich die Auffassung, dass die Silberlösung durch das Epithel des Verdauungscanals gelöst diffundirt, um unmittelbar unterhalb der Epithelschicht zersetzt und reducirt zu werden. 3) Arg. nitr. geht bekanntlich mit organischen Stoffen sofort Verbindungen ein; so entstehen im Magen Chlorsilber und Silberalbuminat, von denen jenes im Magen und Darmcanal wenig löslich ist, während letzteres sowohl durch Kochsalz, wie durch Magensaft in nicht geringer Menge aufgelöst wird. Bei alleiniger Fütterung mit Chlorsilber entsteht keine Silberablagerung in der Magen- und Darmschleimhaut. Füttert man dagegen Silberalbuminate, so lagert sich reichlich Silber in der Schleimhaut des Verdauungstractus ab. Schon daraus ist zu schliessen, dass bei Einführung von Arg. nitr. Silberablagerung stattfinden wird, was, wie bekannt, auch thatsächlich der Fall ist. Da nun aber nur in gelöster Form das Silber durch Diffusion zur Aufnahme gelangt, so muss auch hier erst nach dem Durchgange durch die Magen- und Darmepithelien das Silber zersetzt und reducirt worden sein; alsdann kann ein Theil der ausgeschiedenen Silberkörnchen in den Saftwegen fortgeschwemmt werden. Dem entsprechend findet man hier das Silber bereits in reducirter Form in der Säftemasse circuliren und deshalb geht es auch, entgegen den Angaben von Mayençon und Bergeret, nicht in den Urin über.

Was die Allgemeinwirkung des Silbers anlangt, so kommt J. zu dem Schluss, es wäre bislang nicht bewiesen, dass Silberpräparat vom Verdauungscanal aus überhaupt irgend welche giftige allgemeine Wirkung äussere, weil mindestens der grösste Theil des eingeführten Silbers schon in der Schleimhaut des Verdauungscanals reducirt und dadurch chemisch unwirksam wird.

Für die Ordinirung erinnert J. daran, dass, wenn man unzersetztes Arg. nitr. anwenden will, man für Pillen nur Argilla, für Lösungen nur chemisch reines Glycerin hinzusetzen darf, weil in Ver-

bindung mit organischen Stoffen, z. B. Pflanzensäften, theils Arg. chlor., theils Arg. reduct. entsteht.

Anhangsweise erörtert der Chemiker Gissmann die Methoden des Silbernachweises in den Geweben und Excreten; hierüber, sowie in Betreff der Kritik des Verfahrens von Mayençon und Bergeret sei auf das Original verwiesen. **J. Munk** (Berlin).

F. Busch. Ueber die Deutung der bei der Entzündung des Knochens auftretenden Processe.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. VIII. Hft. 2 u. 3.)

Wenn man an Hundeknochen mittelst des Galvanocauters oder eines Laminariastiftes eine acute Osteomyelitis erzeugt, so treten, wie beim Menschen, zweierlei Erscheinungen auf. Das acute, entzündliche (purulente) Oedem in den umgebenden Weichtheilen, dessen Entstehung B. auf Exsudationsvorgänge, Austritt von weissen und rothen Blutkörperchen zurückführt, uud spätere Gewebsveränderungen am Knochen selbst, nämlich Knochenauflagerungen von Seiten des Periosts, Knochenbildung in der Markhöhle, und Resorptionsvorgänge in der alten Knochenrinde. Aus dem Umstande, dass abgetrennte und dann transplantirte Perioststücke Knochensubstanz liefern (Ollier), schliesst der Verf., dass das Periost allein im Stande sei, osteogene Substanz zu bilden, und dass die ausgewanderten, weissen Blutkörperchen sich nicht daran betheiligen. Auch die Markhöhle ist nach B. im Stande, osteogene Substanz zu bilden (wahrscheinlich durch Verknöcherung der Granulationen), ohne dass dabei das Periost oder die weissen Blutkörperchen Antheil nehmen müssen. Die alte Knochenrinde wird entweder in Form der lacunären Erosion aufgelöst, die wahrscheinlich durch die Osteoklasten eingeleitet wird, oder in Form der glatten Resorption. In beiden Fällen bleiben die Knochenkörperchen unverändert. Die Entzündung der einzelnen Knochen wurde in keiner Weise alterirt, wenn B. gleichzeitig mit der Aetzung die entsprechenden Nerven excidirte. — **Wölfler** (Wien).

G. Tizzoni. Sulla patologia del tessuto nervoso.

(R. Academia di Medic. di Torino 1878. Febr. 8.)

In dieser vorläufigen Mittheilung macht uns T. mit den wichtigsten Resultaten seiner Studien über Veränderungen der Nerven nach Durchschneidung oder anderweitiger Reizung derselben bekannt.

Die blassen Nervenfasern erleiden bis zum 3. Tage in der Umgebung des Reizes eine körnige Degeneration, wobei sie öfters dicker werden, unregelmässige Contouren annehmen und zuweilen kleine Fetttröpfchen oder Vacuolen enthalten. Nach 4—5 Tagen hören die Fasern in einer gewissen Entfernung von der Reizstelle kolbenförmig, spiralig, oder unregelmässig verwachsen auf. Bei sehr starken Reizen beobachtet man das Eindringen von Lymphzellen in die Ner-

ven. Sie schmiegen sich entweder unmittelbar an den Axencylinder an, oder betten sich in die obenerwähnten Vacuolen.

Die Veränderungen der markhaltigen Fasern betreffen die Markscheide und den Axencylinder. In der Markscheide verschmelzen die einzelnen Theilchen von Schmidt und Lautermann und bilden regelmässige längliche Tropfen. Diese zerfallen in kleinere Myelintröpfchen, welche grossentheils durch Wanderzellen aufgenommen werden. Es ist wahrscheinlich, dass diese Zellen direct durch die Schwann'sche Scheide eindringen.

Die Degeneration des Axencylinders findet statt durch Vacuolenbildung, durch körnige Degeneration, durch Zerstückelung des Cylinders und allmäliges Verschwinden der einzelnen Stückchen.

In den cerebralen Nervenzellen lässt sich bei künstlicher Reizung eine Einwanderung von Wanderzellen in die Nervenzellen, nicht aber eine eigentliche Proliferation der letzteren wahrnehmen.

Menzel (Triest).

V. F. Colomiatti. Le leggi della diffusione del carcinoma lungo i nervi.

(Riv. clin. di Bologna 1878. No. 1.)

An einem Carcinome des Zahnfleisches, welches durch Exarticulation und Resection des entsprechenden Unterkieferstückes operirt wurde, konnte C. eine Anschoppung von Carcinomzellen in den perinervösen Lymphräumen des N. dent. inf. über den Tumor und über die Operationsstelle hinaus nachweisen, obwohl die Drüsen noch nicht carcinomatös infiltrirt waren. Diese Infiltration innerhalb des Nerven erklärt die heftigen Neuralgieen, an denen der Pat. vor der Operation litt, und ihr Weiterbestehen nach der Operation stellt ein Recidiv, von den Nervenbahnen aus, in Aussicht.

Menzel (Triest).

Dieulafoie. De l'atrophie musculaire progressive et de la sclérose latérale amyotrophique.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 50 u. 51.)

D. erörtert auf Grund zweier Fälle von obiger Erkrankung ausführlicher den klinischen Verlauf und die dabei auftretenden anatom. Veränderungen in der Muskulatur und im Rückenmarke. D. macht insbesonders darauf aufmerksam, dass der Verlauf der progressiven Muskelatrophie ein äusserst vielgestaltiger sei, und beschreibt in den 2 Fällen seiner Beobachtung exquisite Beispiele von Abweichungen vom Verlaufe der typischen Form dieser Erkrankung. Wir geben hier nur kurz den einen dieser beiden Fälle wieder: Der 57jährige Pat. hat angeblich vor 12 Jahren die ersten Symptome obiger Erkrankung an sich bemerkt; eine Erkältung soll die Ursache derselben gewesen sein. Es sei damals Verlust der Sensibilität an der rechten Seite des Gesichtes, des Halses und der Schulter

aufgetreten. 3 Monate später ward der rechte Arm merklich schwächer, ohne jedoch völlig paralytisch zu werden.

Circa 15 Monate nach dem Beginn der Erkrankung stellte sich, langsam zunehmend, Contractur der Beugemuskel der Finger und der Hand ein; zugleich mit der Contractur trat jedoch Atrophie sämmtlicher Muskeln des Vorderarmes, des Armes und der Schulter auf, während die Muskeln der Hand davon verschont blieben. Während so die rechte obere Extremität paretisch, atrophisch und contract wurde, blieb die linke obere Extremität complet gesund, und erst 4 Jahre später zeigten sich auch hier die Symptome der Krankheit; doch trat an der linken oberen Extremität lediglich Atrophie auf, weder Parese noch Contractur. Dieselbe begann am M. deltoid. und ergriff dann die Muskeln der Hand, welche schliesslich die Form einer Affen- oder Klauenhand bekam. — Von den Muskeln des Rumpfes wurden die Mm. trapez. in ihrem unteren Antheile ergriffen. Die unteren Extremitäten des Pat. sind vollkommen gesund, und alle andern Functionen in Ordnung.

Im Uebrigen kommt D. bezüglich des Wesens und klinischen Verlaufes obiger Erkrankung zu folgenden Schlüssen:

Die Sclerose der Seitenstränge mit muskulärer Atrophie erzeugt stets, wiewohl nach den Fällen graduell verschieden, Parese, Contractur und Zittern. Was die Combination mit Muskelatrophie anlangt, so variirt selbe mit jedem Falle: so ist die absteigende secundäre Sclerose zuweilen von Muskelatrophie begleitet, jedoch ist letztere nur sehr beschränkt und betrifft ohne Unterschied die Muskeln der Hand, des Armes oder der unteren Extremitäten.

Die symmetrische laterale Sclerose, welche mit den unteren Extremitäten beginnt, complicirt sich nicht mit muskulärer Atrophie. Die mit den oberen Extremitäten beginnende dagegen, welche meist rapid zum üblen Ausgange führt, complicirt sich mit Atrophie aller von der Parese und Contractur befallenen Theile.

Warum gewisse Sclerosen von Muskelatrophie begleitet sind, andre nicht, diese Frage sei noch zu wenig geklärt; die Hypothese, welche D. zur Erklärung anführt, beruht, wie er selbst zugiebt, auf keiner beweisenden Thatsache.

D. hebt weiter hervor, dass der von ihm beobachtete Fall in keine der oben angegebenen Kategorien von Sclerose der Seitenstränge hineinpasse. D.'s Pat. leidet nicht an progressiver Muskelatrophie, da die Krankheit bei ihm mit Parese und Contractur des rechten Armes begann, während die Atrophie erst secundär am linken Arme auftrat, und die Muskeln der rechten Hand verschonte. Ueberdies, bemerkt D., verläuft die laterale Sclerose mit Muskelatrophie in 2—3 Jahren, und endet stets mit bulbären Symptomen (d. h. Störungen in der Sprache, im Kauen und Schlingen und in der Respiration, als Folge der Atrophie der Kerne des N. hypoglossus, Facialis, des motor. Astes des Trigeminus und des Pneumogastricus),

während bei D.'s Pat. der Anfang der Symptome der Erkrankung auf 12 Jahre zurückreicht, und dieselbe nun seit 4 Jahren unverändert zu bleiben scheint, ohne je Störungen der oben zuletzt besprochenen Art (bulbäre Symptome) gezeigt zu haben.

Schliesslich hebt D. noch hervor, wie wichtig es sei, derartige exceptionelle Fälle zu kennen, wie die 2 von ihm beobachteten, da hierdurch die Beurtheilung des Verlaufes, der Entwicklung der Krankheit und ihrer Prognose, wesentlich modificirt werde.

Fr. Steiner (Wien).

B. v. Langenbeck. Ueber Knochenbildung nach Unterkieferresectionen[1]).

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII. 1878. Hft. 2.)

L. demonstrirte ein von J. R. Wood in New-York überschicktes Präparat, von sehr ausgiebiger Neubildung des Unterkiefers nach subperiostaler Resection wegen Phosphornekrose. Es stammt von einem 16jährigen Mädchen, welches einige Jahre später an einem Gehirnabscess gestorben war. Verf. hat selbst die Resection subperiostal 6 Mal ausgeführt, 4 Mal wegen Phosphornekrose, 2 Mal wegen acuter Osteoperiostitis. In allen Fällen ist Knochenneubildung mit recht vollkommener Wiederherstellung der Function beobachtet worden. Das Zurückweichen des Kinnes durch den Zug der Mm. Genioglossi kann dadurch vermindert werden, dass man zuerst die kleinere Hälfte des Unterkiefers entfernt, die grössere Hälfte und das Kinnstück erst nach 4—6 Wochen resecirt. Noch besser gelingt dieses, wenn man nach dem Vorschlage von Billroth zugleich die auf dem nekrotischen Knochen aufgelagerten Osteophyten in Verbindung mit dem Periost zurücklässt. — Der Schwund neugebildeter Knochen ist eine Ausnahme; L. hat ihre Persistenz sowohl am Unterkiefer, als auch nach Exstirpation von Röhrenknochen nach Jahren constatiren können.

Maas (Freiburg i/Br.).

O. Günther. Ueber die Blutcysten des Halses, anschliessend an einen in der Greifswalder Klinik beobachteten Fall.

(Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. VIII. p. 451.)

Der vom Verf. beobachtete und von Hueter operirte Fall betraf einen Mann von 27 Jahren, bei welchem 2 Jahre zuvor eine haselnussgrosse Geschwulst in der rechten Unterkiefergegend entstanden war, welche anfangs langsam, später rascher wuchs und zur Zeit der Beobachtung die Grösse zweier Fäuste hatte, die ganze rechte Halsseite einnahm und die Erscheinungen einer Cyste darbot.

Frühere therapeutische Versuche — Injection von Jodtinctur, von Carbollösung, Punction und Entleerung — waren erfolglos ge-

[1]) Mittheilung, gemacht am 4. Sitzungstage des VI. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, am 7. April 1877. —

wesen. Bei zwei Punctionen, die rasch hinter einander gemacht waren, soll klare, strohgelbe Flüssigkeit entleert worden sein, bei einer 8 Tage später vorgenommenen Probeincision Blut. Bei der sehr schwierigen Exstirpation wurde die Carotis communis in grosser Ausdehnung blossgelegt, die Vena jugularis interna wurde nicht gesehen, doch wurde ein nach Vollendung der Exstirpation im unteren Wundwinkel sichtbares, klaffendes grosses Gefässlumen für den centralen Stumpf der Jugularis gehalten. Nach oben schickte die Cyste einen Fortsatz, bis an die hintere Pharynxwand. Die antiseptisch behandelte Wunde heilte rasch.

Die Cyste war mit Blut gefüllt, ihre Innenwand war mit leistenartigen Vorsprüngen aus organisirtem Faserstoff besetzt. Die mikroskopische Untersuchung der Wand ergab keine Anhaltspunkte für die Erklärung der Entstehung der Cyste, doch hält Verf. dafür, dass dieselbe congenitalen Ursprungs war und die im Operationsbereiche fehlende Vena jugularis interna substituirte.

Verf. stellt aus der Literatur noch 11 Fälle von Blutcysten am Halse zusammen, welche sich in Bezug auf den Erfolg der Therapie folgendermassen verhalten: In 7 Fällen wurde die Punction gemacht, davon 3 geheilt, 4 recidivirten; je ein Fall wurde durch Acupunctur und durch Punction mit Jodinjection geheilt, ein mit Cauterisation behandelter Fall endete lethal, in zwei Fällen (den des Verf. eingerechnet) wurde die Cyste exstirpirt, beide wurden geheilt.

Gersuny (Wien).

S. Sloan. On the management of the nipples.

(Obstetr. Journ. of Gr. Brit. and Irel. Bd. LVIII. 1878. Jan.)

S. bespricht zunächst den anatomischen Bau der Brustwarzen im Anschluss an Cazeaux und die in der Schwangerschaft an den Warzen, an dem Warzenhof und dessen Follikeln, sowie an den Milchgängen zu beobachtenden Veränderungen, im Anschluss an Montgomery und Kölliker.

Die unter dem Einfluss des Stillens auftretenden Verletzungen der Warze werden eingetheilt in Excoriationen, Ulcerationen, Fissuren und »Cracks« — Risse, die sich von den gewöhnlichen Fissuren durch die Schwellung und excessive Empfindlichkeit der umgebenden Hautdecke unterscheiden.

Die Zahl der zu ihrer Heilung angegebenen Mittel ist Legion. Verf. führt die von einer Reihe hervorragender Geburtshelfer befolgten Methoden auf und kommt zu dem Schluss, dass hier wie so oft in der Therapie nicht das quid, sondern das quomodo entscheidend ist. — Nach Verf. genügt es, bei »weich gewordenen« Warzen (abgesehen von besonders sorgfältiger Reinigung nach dem Stillen) Waschungen mit verdünntem Spiritus und Glycerin zu empfehlen, bei Excoriationen Tannin- oder schwache Höllensteinlösung, daneben Schutz vor Reibung an der Bekleidung durch ein Warzenhütchen. Bei der Wahl des letzteren muss man sehr sorgfältig verfahren, es darf nicht zu

eng und vor allem nicht zu lang sein. Bei Ulcerationen ist das Kind abzusetzen, die Brust durch die Milchpumpe zu entleeren. Die kleinen Geschwüre werden am besten mit Lapis in Substanz touchirt.

Zur Kräftigung der Warzen, deren Wundsein in den besser situirten Kreisen der Gesellschaft ohne Zweifel wegen der viel zarteren Beschaffenheit der stets geschützten Hautdecke — viel häufiger beobachtet wird, als bei den unteren Classen (bei den letztern nach Sloan nur 1 : 20), empfiehlt Verf. Waschungen der Warzen während der letzten 2—3 Monate der Schwangerschaft mit kaltem Wasser und Glycerinseife und Bepinselungen mit einer besondern Medicin. (1 Theelöffel getrockneter Thee ist mit 1 Unze Branntwein und 1/4 Unze Glycerin zu übergiessen und die Mischung einige Tage stehen zu lassen.)

Löhlein (Berlin).

H. Miller. On new preparation for allaying irritation of the actively secreting mammary glands.

(Edinb. med. Journ. 1877. Vol. II. p. 491.)

Nachdem F. Barker darauf hingewiesen, dass die Belladonna nicht nur die Schmerzen der in hohe Spannung gesetzten Brustdrüse mildere, sondern auch durch Erschlaffung der Muskelfasern den Abfluss der Milch erleichtere, hat M. nach längerem Experimentiren angeblich die zweckmässigste Applicationsform gefunden. Er bereitet ein alkoholisches Extract von der doppelten Stärke des Empl. bellad. (angl.) und erhält dasselbe durch Collodium flüssig; dem Gemische wird etwas Kampher zugesetzt. Mit dieser Flüssigkeit wird die schmerzhafte Brustdrüse Morgens und Abends — wenn nöthig noch öfter — eingepinselt; dieselbe troknet schnell und verbreitet keinen unangenehmen Geruch. Die Einpinselungen werden bis zur vollen Heilung consequent wiederholt. Verf. sah den überraschendsten Erfolg, sowohl bei Entzündung der Brüste, hervorgerufen durch Erkältung, durch entzündete Brustwarzen oder Verstopfung von Milchgängen, als auch bei Beginn der Milchsecretion aus Brüsten, die zum Nähren nicht verwandt werden durften. Im letzteren Falle soll es zweckmässig sein, sogleich nach der Geburt mit der Einpinselung zu beginnen und dieselbe mehrmals am Tage zu wiederholen.

Pilz (Stettin).

West London Hospital. A case of tight urethral stricture, illustrating the value of filiform bougies in the treatment. Under the care of Mr. **Teevan.**

(Med. Times and gaz. 1877. Nov. 10.)

Verf. empfiehlt dringend bei der Behandlung sehr enger Harnröhrenstricturen seine »filiform bougies«, die er bis über 24 Stunden im Anfang liegen lässt. Dieselben haben den Vortheil, dass man über dieselben im Falle einer Urinverhaltung einen silbernen Ka-

theter ziehen kann. Blutung, Schmerzen, Erectionen sollen bei ihrem Gebrauche nicht beobachtet werden. Ein Fall ist beigefügt, in welchem zwei sehr enge Stricturen bestanden; binnen 16 Tagen gelang es, dieselben soweit zu erweitern, dass ein Katheter No. 16 (Charrière) bequem eingeführt werden konnte.

H. Wildt (Berlin).

Schapira. Ueber arterielle Blutungen nach der rituellen Circumcision.

(Wiener med. Presse 1878. No. 10.)

Die rituelle Beschneidung geschieht bekanntlich durch chirurgisch nicht gebildete Personen und es kommt nach derselben, da keine Naht angelegt wird, nicht gar selten zu lebensgefährlichen arteriellen Haemorrhagien. Nach der reichen Erfahrung des Verf. rühren dieselben her von einem abnorm entwickelten arteriellen Stämmchen, das zuweilen gedoppelt vorkommt und entweder am Rücken oder an der Seite, häufiger links, das Praeputium durchzieht.

Die Blutung wird durch die gewöhnlichen Styptica (Lapis, Liquor ferri u. s. w.) nicht gestillt. Da die Naht aus rituellen Gründen wie es scheint verpönt ist, so ist die Ligatur nothwendig.

Winiwarter (Wien).

W. R. Gowers. Two cases of writers cramp.

(Med. Times and gaz. 1877. Nov. 17.)

Verf. behauptet, dass eine grosse Anzahl der bis jetzt veröffentlichten Fälle von Schreibekrampf nur Symptome einer allgemeinen oder mehr localen Schwäche der Muskulatur seien, die sich auch bei andern Thätigkeiten, als bei dem Schreiben, sofern sie nur mit complicirteren Coordinationsbewegungen verbunden wären, zu zeigen pflege.

1. Fall. 34jähriger Schreiber, zwei epileptiforme Anfälle in der Jugend, schreibt seit zwanzig Jahren täglich zehn Stunden lang. Seit einem Jahre Beschwerden beim Schreiben: zuerst Ermüdung nach längerem Schreiben, zwei Monate später Schwierigkeiten bei andern complicirten Verrichtungen mit der Hand z. B. beim Rasiren. Bei der Aufnahme Unmöglichkeit mit der rechten Hand zu schreiben; die Feder konnte wohl angefasst werden, aber beim Versuche zu schreiben sofort Flexion des Daumens. Faradischer und constanter Strom bringen keine Besserung. Pat. bekommt den Rath, mit der linken Hand schreiben zu lernen und die rechte völlig ruhen zu lassen; innerlich Bromkali und Chinin. Nach $^1/_4$jähriger Ruhe der rechten Hand konnte er einige Worte hintereinander mit derselben schreiben; 1 Jahr später konnte er wieder gut mit ihr schreiben und fing allmälig an, sie wieder ausschliesslich zum Schreiben zu benutzen. Nach 2 Jahren war die Heilung noch im Bestand.

2. Fall. Gesunder, aber schlecht genährter Schreiber aus

einer zu Nervenkrankheiten, resp. Psychosen disponirten Familie. Keine übermässige Beschäftigung mit Schreiben, viel Familienkummer. Zuerst fing die Hand, nachdem Pat. eine Zeit lang geschrieben, an zu zittern; nach 3 Monaten war das Schreiben unmöglich. Sechsmonatliche Behandlung in einer heilgymnastischen Anstalt, vollständige Herstellung. Kurze Zeit darauf von Neuem grosse Familiensorgen, Rückfall und Unmöglichkeit zu schreiben binnen einer Woche. Einen Monat später, als Pat. in die Behandlung des Verf. kam, contrahirten sich schon beim Ergreifen der Feder und bei geringstem Versuch zu schreiben alle Fingermuskeln, sowohl Extensoren als Flexoren und es stellte sich Tremor ein. Das Schreiben ging etwas besser, wenn Pat. den Kleinfingerballen fest auf den Tisch stützte oder mit der linken Hand die rechte, namentlich den Daumenballen unterstützte. Keine andere Verrichtung der Hand war gestört; Pat. konnte z. B. gut und lange Piano spielen; auch keine einzelne Bewegung der Finger war behindert. Behandlung mit dem constanten Strom, später ausserdem methodische Bewegungen; keine Besserung. Alsdann völlige Ruhe der rechten Hand und Schreiben mit der linken, wobei sich die Muskeln der rechten Hand immer synchron denen der linken contrahirten. Keine Besserung der rechten, Unterbrechung der Behandlung nach zwei Monaten. Nach vier Jahren, während deren Pat. ohne Beschwerden ziemlich viel mit der linken Hand geschrieben, bestand der Zustand der rechten unverändert fort; Rasiren, Clavierspielen etc. konnte ohne Anstand ausgeführt werden. Die Ernährung der Muskulatur der rechten Hand und des rechten Vorderarms erschien nicht gestört; die faradische Erregbarkeit derselben war herabgesetzt, sehr bedeutend die der Flexoren, weniger die der Extensoren und der interossei. Etwas weniger, aber in demselben Verhältniss herabgesetzt, war die galvanische Erregbarkeit der Muskeln. Nervus medianus und ulnaris zeigten ebenfalls eine Herabsetzung ihrer Erregbarkeit durch den faradischen Strom.

Verf. hält den Schreibekrampf für eine centrale Affection, die allerdings auch von einer localen Erkrankung ausgehen kann; die functionelle Störung bei dieser Affection muss auf einer materiellen Grundlage beruhen und zwar auf einer Ernährungsstörung, wofür der beste Beweis die Veränderung der elektrischen Erregbarkeit ist. Bei der Abwesenheit jeder primären Erkrankung der Nerven muss man dieselbe nach Verf. in das Rückenmark verlegen. — G. betont die neuropatische Prädisposition seiner beiden Pat. und macht darauf aufmerksam, dass dieselbe für die Prognose von weit höherer Bedeutung ist, als das Uebermass des Schreibens.

In Betreff der Therapie betont Verf. vor allen Dingen, dass die rechte Hand absolute Ruhe haben muss und dass die Pat., die sich meist durch Schreiben ihren Lebensunterhalt verdienen, aus diesem Grunde sofort lernen müssen, mit der linken zu schreiben, was sie meistens bald und genügend gut zu Stande bringen; sollte die

Krankheit sich auch auf die linke Hand fortsetzen, so werden sie nicht schlimmer daran sein, als wenn sie überhaupt nicht mit dieser schreiben gelernt hätten; aber Verf. hält dieses Uebergreifen auf die linke Hand seinen Erfahrungen nach überhaupt für sehr selten.

H. Wildt (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

R. Volkmann. Casuistische Mittheilungen. Fünfter Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

1 Zwei neue Fälle von Osteotomia subtrochanterica wegen Synostose des Hüftgelenks bei stärkerer Winkelstellung.

V. hat die Operation 4 Mal gemacht; jedesmal gelang es durch Heilung in abducirter Beinstellung dem Kranken künstlich eine Beckensenkung auf der leidenden Seite zu erzeugen, und den vorher verkürzten Fuss für den Gebrauch zu verlängern. Demonstration von Photographien der Kranken vor und nach der Operation.

2. Resection beider Hüftgelenke bei einem 7jährigen Knaben.

Pat. litt seit 2 Jahren an einer eminent chronischen Entzündung beider Hüftgelenke; lange Zeit fehlte jede Schwellung, Beckenverschiebung etc; Ende 1874 bildeten sich links Abscesse. Im Mai 1875 wurde das linke Hüftgelenk resecirt, während sich rechts schon Symptome subacuter Eiterung zeigten, und 10 Wochen später musste auch rechts die Resection gemacht werden.

Der Kranke erholte sich langsam, und kann jetzt mit einem Stützbänkchen gehen, 3 Schritt auch ganz ohne Unterstützung. Er kann auch längere Zeit frei stehen.

Die Frage, ob nach doppelseitiger Hüftgelenksresection später Locomotion ohne Krücken möglich ist, darf also bejaht werden.

3. Resection eines erheblichen Theiles des Kreuzbeins durch dessen ganze Dicke mit Eröffnung des Rückenmarkscanals wegen eines Knochentumors.

Im Laufe eines Jahres war bei einer 23jährigen Frau in der linken unteren Hälfte des Kreuzbeins ein Tumor entstanden, der sowohl nach dem Rectum, als auch nach aussen prominirte. Die Beschwerden waren sehr bedeutend. Operation am 2. März 1876.

Längsschnitt von der linken Synchondrosis sacro-iliaca zum Steissbein; der Knochen ist hier fast ganz in Geschwulstbildung aufgegangen. Durchmeisselung des Kreuzbeins, dicht unter dem Foramen sacrale posterius sinistrum II beginnend, im Bogen nach rechts herum über die Linie der Proc. spinosi hinaus 2 cm vom rechten Rande des Kreuzbeins senkrecht herunter; letzterer bleibt erhalten. Die umschnittene Knochenpartie, die den Tumor enthält, wird jetzt nach links umgeworfen, von der Schleimhaut des Rectums lospräparirt, und zuletzt der freie linke Rand des Kreuzbeins aus den Weichtheilen herausgelöst. Zwei stricknadelstarke Fäden des plexus pudendus werden durchschnitten. Die Blutung war sehr stark, die Wundhöhle gut faustgross.

Verlauf bei antiseptischer Behandlung ohne Störung, namentlich ohne Reizerscheinungen seitens des Rückenmarks; nur konnte Pat. einige Zeit den Urin nicht so lange zurückhalten, als früher. Sechs Wochen nach der Operation wurde Pat. mit kleiner Granulationsfläche entlassen, und befand sich seither dauernd wohl.

Der Tumor erwies sich als centrales Osteosarcom mit Resten einer Knochenschale und durchsetzt von glattwandigen Blutcysten.

A. Genzmer (Halle a/S.).

W. Samuelis. Case of acute traumatic tetanus.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 232.)

Ein bisher gesunder 7jähr. Knabe zeigte plötztich die Erscheinungen des Trismus und leichten Tetanus, angeblich in Folge von Erkältung. Als die tetanischen Anfälle stärker wurden, fand S. an der Aussenseite des rechten Unterschenkels eine ecchymosirte harte Stelle und entfernte nach Einschnitt ein $1^1/_4''$ langes Holzstück. Jetzt erzählte die Mutter, dass das Kind seit 7 Tagen über die Beine ge klagt habe. Chloral mit Bromkali, und Brandy innerlich, Chloroformliniment äusserlich ergaben keinen Nachlass der Erscheinungen, ebenso wenig die Chloroformnarkose. S. versuchte den Nervenstamm über der verletzten Stelle zu durchtrennen und wandte Galvanisation an, doch ohne Nutzen. Am 2. Tage der Erkrankung starb das Kind asphyktisch in einem tetanischen Anfalle. **Pilz** (Stettin).

A. Tuxford. Tetanus in a boy, caused by the stings of three wasps.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 232.)

Der 10jähr. Knabe war am 1. Aug. von einer Wespe 3 Mal im Gesichte gestochen worden; am 4. stellten sich Schlingbeschwerden und Steifheit im Nacken ein. Warmes Bad, local Ammoniak-Liniment und heisse Umschläge, auf die Wirbelsäule Eisbeutel, die später mit Senfteigen vertauscht werden. Am 10. ist das Schlucken etwas besser, die profusen Schweisse bestehen fort. Am 12. Tage Chloralhydrat und Bromkali; erst am 19. Nachlass der Erscheinungen. Volle Heilung unter fortgesetztem Eisengebrauch. **Pilz** (Stettin).

Sellerbeck. Ueber Simulation von Fieber.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 3.)

Verf. beobachtete, dass durch Reiben der Thermometerkugel eine beträchtliche Wärmesteigerung stattfand. Eine Patientin hatte diese Manipulationen angewandt, um Fiebertemperaturen vorzutäuschen. **v. Mosengeil** (Bonn).

S. Tweedy. On the mydriatic properties of Duboisia myoporoides.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 304.)

Verf. bekam von Dr. Fortescue (Sydney) das Extract der Duboisia myoporoides, welches mydriatische Wirkung haben soll. Die weiteren Untersuchungen durch S. Ringer und Tweedy ergaben: das Präparat entstammt einem im östlichen Australien wildwachsenden Strauche aus der Familie der Salpiglossideen; die Wirkungen sind dieselben, wie die des Atropin. Das Extraxt (1:20 Aq.) erweitert die Pupille, lähmt die Accommodation, macht den Mund trocken, hemmt die Schweisssecretion der Haut und die Speichelsecretion, bewirkt Kopfweh und Schläfrigkeit: es ist Antagonist des Muscarin und des Pilocarpin. Bei äusserlicher Application aufs Auge wirkt es mydriatisch prompter und energischer als Atropin; nach 4 Stunden etwa ist das Maximum der Wirkung erreicht; nach 48 Stunden lässt die Wirkung nach, nach 4 Tagen ist die Accommodation wieder hergestellt. Eine Wirkung auf die äusseren Augenmuskeln konnte T. nicht nachweisen.

Pilz (Stettin).

Urbanek. Ein Curiosum in der praktischen Heilkunde.

(Wiener med. Presse 1878. No. 7.)

Ein Soldat kam mit hochgradiger Schwellung, Entzündung und Undurchgängigkeit der Nase zur Behandlung. Es wurden zunächst aus beiden Nasenlöchern Convolute von weissen rundlichen Würmern 3 cm lang und 0,5 breit, extrahirt; als man hierauf Einblick in die Nasenhöhle gewann, zeigten sich eine Anzahl ganz kleiner Würmer, welche grossentheils in die Nasenscheidewand und in die Muscheln eingebohrt waren und dieselben vielfach durchfressen hatten. Auch der weiche Gaumen bot einen weisslichen bohnengrossen Fleck dar, der in den nächsten Tagen ausfiel und eine vollständige Perforation mit Sprachstörung hinterliess.

Einspritzungen von Carbolsäure tödteten die wenigen nicht mittelst Pincette entfernbaren Thiere sehr bald. Ueber das Verhalten des Gaumendefectes ist nichts gesagt. Der Pat. hatte einige Tage früher mit heftigem Schnupfen behaftet an einem heissen Sommertage in einem Zelte geschlafen und der Verf. vermuthet, dass zu der Zeit ein Insect seine Eier in die Nasenhöhlen deponirt habe.

Winiwarter (Wien).

E. Holmes. Mechanical injuries of the globe — with numerous pathological specimens.

(The Chicago med. Journ. and Examin. Vol. XXXVI. 1878. Jan.)

H. berichtet über 29 von ihm ausgeführte Bulbusexstirpationen. 13 Mal handelte es sich um Fremdkörper, welche 3 Mal Eiterbildung im Glaskörper, 4 Mal Atrophie sämmtlicher Bulbusgewebe und 6 Mal zum Theil (2 Mal) extreme Grade von Netzhautablösungen verursacht hatten. 8 Mal wurde die Exstirpation erforderlich in Fällen von Erschütterung des Bulbus durch Schlag. Von diesen war in 2 Fällen allgemeine Atrophie mit Concrementbildung und 6 Mal totale Liquefaction des Glaskörpers eingetreten. Unter diesen letzten fand sich ,einmal ein fast den ganzen Bulbus erfüllendes Blutcoagulum zwischen Sclera und Chorioidea. Die übrigen 8 Fälle betrafen ausnahmslos grosse die Ciliarregion mitbegreifende Verletzungen.

Langenbuch (Berlin).

A. Gherini. Casi di neoformazioni delle mammelle.

(Annali univ. di medicina e chirurgia 1878. Febr.)

Verf. theilt 5 Fälle von ,operirten Mammageschwülsten mit; 1. ein Adenocystofibrom, 2. ein Cysto-Myxom, vom Verf. intracanaliculäres proliferirendes diffuses Myxo-Fibrom genannt, 3. und 4. Adeno-Fibrom, 5. eine fibroplastische Geschwulst.

Von diesen verdient Fall 1 besondere Erwähnung wegen des ungeheuern Umfangs, welchen die Geschwulst erreichte. Es handelt sich um eine 31jährige Bäuerin, welche im Juli 1869 operirt wurde. Im Jahr 1862 erlitt sie eine starke Contusion der rechten Brustdrüse, mit Ecchymosenbildung. An der verletzten Stelle entwickelte sich zuerst die Geschwulst und wuchs seither so übermässig, dass sie bei sitzender Stellung der Patientin deren Kniee erreichte. Die grösste Circumferenz des Tumors betrug 108 cm. — Die Geschwulst bestand vorwiegend aus fibrösem Gewebe, enthielt eine kopfgrosse Cyste und viele kleinere, nebst zahlreichen Spalten und Gängen im Centrum der einzelnen Läppchen.

Menzel (Triest).

Schoenborn (Königsberg i/Pr.). Ueber Gastrotomie[1]).

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII. 1878. Hft. 2.)

Bei einem 44 Jahr alten Manne mit noch durchgängigem!, tiefsitzendem Oesophaguscarcinom machte S. die Gastrotomie. Der Magen wurde vor der Operation vermittelst einer Schlundsonde, die mit einem aufzublasenden Kautschukballon armirt war (angegeben von Schreiber), so ausgedehnt, dass er der Bauchwand aufgebläht anlag. Unter Carbolspray wurde ein Schnitt am lateralen Rande des M. rectus abdom. sin. in der Höhe der 8. Rippe beginnend, parallel der Sagittalebene des Körpers 8 cm weit nach unten geführt. Nach schichtweiser Trennung der Bauchdecken lag der Magen in der Wunde vor und füllte sie prall gespannt aus. Dann wurde eine 13—15 cm lange vergoldete Nadel durch die Bauchdecken, das Peritoneum mitfassend, und durch die Magenwandung geführt, so dass der Magen auf diese Weise in der Bauchwunde fixirt war. Die Nadel wurde in der Längsaxe des Körpers eingeführt. Dann wurde die Schlundsonde zurückgezogen, und die Magenwandung mit starken Catgutfäden ringsum an die Bauchwunde angenäht. Darüber ein Lister'scher Gazeverband gelegt. Die

1) Vortrag, gehalten am 3. Sitzungstage des VI. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, am 6. April 1877.

Ernährung des Patienten geschah nun durch Fleisch-Pancreasklystiere; am 5. Tage wurde der Verband abgenommen und die vordere Magenwand durch einen Längsschnitt in der ganzen Ausdehnung der Wunde gespalten. Der Pat. wurde nun von der Magenfistel aus ernährt. Er kaute das Fleisch vorher. — Etwa 4 Wochen nach der Anlegung der Fistel betrug ihre Länge 4 cm, ihre Breite 1,5 cm. Zum Verschluss der Fistel trug Pat. später einen Obturator. Das heftige Durstgefühl des Pat. war nur einigermassen zu befriedigen, wenn man ihm kleine Eisstückchen oder Flüssigkeitsmengen in den Mund gab. Das Eingiessen beliebiger Flüssigkeitsmengen in den Magen schien gar keinen Einfluss auf sein Durstgefühl zu haben.

Der sehr unverständige und widerspänstige Pat. starb 3 Monate nach der Operation an Schwäche. Die Section ergab im unteren Ende des Oesophagus ein 10 cm langes, fast ringförmiges Carcinom; keine Metastasen. Die Magenschleimhaut zeigte keine besonderen Veränderungen.

Wegen der sehr interessanten Beobachtungen, welche S. gemeinsam mit Gentzen über Magenbewegung und Secretion des Magensaftes macht, verweisen wir auf das Original. S. empfiehlt in ferneren Fällen den Schnitt etwa 2—3 cm tiefer zu legen, weil sich dann ein Obturator besser anlegen lässt. Ausser bei Oesophaguscarcinom würde die Gastrotomie bei manchen Divertikeln des Oesophagus sehr viele Erleichterung für den Kranken gewähren; ferner wäre sie bei nicht carcinomatösen Stricturen des Pylorus zu deren Dilatation zu benutzen und schliesslich ist von ihr aus selbst die operative Behandlung der Carcinome der Pars pylorica zu versuchen. — **Maas** (Freiburg i/Br.).

Grassmann. Schnittwunde des Fingers, Nachblutung, Unterbindung der Art. brachialis, Heilung.

(Pester med. chir. Presse 1878. No. 10—11.)

Ein 32 Jahr alter Mann schnitt sich am 22. Decbr. 1877 mit einem Fensterglase in den linken Zeigefinger. Scheinbar arterielle Blutung.

An der Ulnarfläche der I. Phalanx des betreffenden Fingers eine $1^1/_2$ cm lange Wunde, aus welcher das Blut im Strahle hervorschoss. 6 Nähte, Compressionsverband. Die empfohlene Ruhe wurde nicht gehalten. Am 24. Decbr. Entfernung der Nähte. Druckverband. Am 27. Blutung, welche die ganze Nacht dauerte. Verband mit Liquor ferri sesquichlorati. 3 Tage lang blieb die Blutung aus. Am 9. Jan. heftige Blutung. Aufnahme ins Krankenhaus wegen enormer Blutleere. Stets neue Blutung. Am 18. Jan. Ligatur der Art. brachialis. Heilung.

Leisrink (Hamburg).

J. W. Anningson. Fracture of os calcis by muscular action.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 128.)

Eine 42jährige Frau that einen Fehltritt $^1/_2{}'$ tief; sie fiel nicht um und hinkte ohne Unterstützung nach Hause. Hier fand man, dass $2^1/_2{}''$ über der Ferse ein Knochenstück unter der Haut lag, dessen untere Ecke etwas über der Höhe des Mall. int. gelagert war und das 1″ im Querdurchmesser hielt. Unter dem Fragment war die Achillessehne nicht zu fühlen, aber am Os calcis fand sich eine tiefe Grube. Brachte man das Fragment an seine ursprüngliche Stelle herab, so zog es mit Nachlass des Druckes sich sofort wieder in die Höhe. Bei einfacher Behandlung konnte Pat. nach 8 Wochen wieder normal gut gehen. Holmes Zweifel in seinen Principles and practice of surgery, dass die Tuberositas os. calc. durch Muskelzug abgerissen werden könne, sind hiernach ungerechtfertigt.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. von Lesser, **Dr. M. Schede,** **Dr. H. Tillmanns**
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 18. **Sonnabend, den 4. Mai.** **1878.**

Zur Entstehung der Contracturen bei der spinalen Kinderlähmung.

Von

Dr. A. **Seeligmüller** in Halle a/S.

Seitdem C. Hüter und R. Volkmann die Entstehung der Contracturen bei der spinalen Kinderlähmung auf rein mechanische Einflüsse zurückzuführen versuchten, hat diese Anschauungsweise so ungetheilten Beifall gefunden, dass jeder Erklärungsversuch, welcher auf den verpönten Antagonismus der gelähmten und nicht gelähmten Muskeln zurückgreift, von vornherein wenig Aussicht auf eine vorurtheilsfreie Prüfung haben möchte. Wenn ich es trotzdem wage, mit einem solchen Versuche hervorzutreten, so thue ich dies im Vertrauen auf eine reiche Erfahrung, da ich über mehr als 70 Fälle von

spinaler Kinderlähmung, welche ich im Laufe der letzten 12 Jahre genau untersucht und z. Th. Jahre lang beobachtet habe, genaue Notizen besitze.

Im Laufe dieser Untersuchungen aber bin ich mehr und mehr zu der Ueberzeugung hingedrängt worden, dass in allen Fällen, wo nicht sämmtliche ein Gelenk bewegende Muskeln, sondern nur einzelne derselben gelähmt sind, die Richtung der Contractur primär durch die willkürliche Contraction (also nicht den Tonus) der nicht gelähmten Antagonisten bestimmt wird; während den mechanischen Einflüssen in allen diesen Fällen erst eine secundäre Bedeutung beigemessen werden darf.

Bevor ich auf die Sache selbst näher eingehe, will ich einige Punkte besprechen, welche bei der Beurtheilung dieser Fragen volle Beachtung verdienen.

1) Bekanntlich giebt die Untersuchung mit dem Inductionsstrom (von der mit dem Batteriestrom dürfen wir hier absehen) in jedem einzelnen Falle von Kinderlähmung den besten Aufschluss darüber, welche Muskeln gelähmt sind, welche nicht. Eine solche Untersuchung giebt aber diesen Aufschluss nur über den jeweiligen Zustand der Muskeln und erlaubt uns niemals sichere Rückschlüsse zu ziehen auf den Zustand derselben vor einem oder mehreren Jahren. Denn nach meinen Erfahrungen pflegen die Muskeln, auch die ursprünglich nicht gelähmten, in Bezug auf ihre faradische Erregbarkeit im Laufe der Zeit ganz wesentliche Veränderungen durchzumachen, welche wohl zurückzuführen sind auf die bedeutenden Gewebsveränderungen, die sie in Folge von nutritiver Verkürzung, Dehnung und anderen uns unbekannten Einflüssen erleiden, namentlich sobald sich Deformitäten ausgebildet haben. Somit dürfen wir die Resultate einer faradischen Untersuchung, welche ein oder mehrere Jahre nach Eintritt der Lähmung vorgenommen wird, in keinem Falle übertragen auf eine frühere Zeit, wie die, wo die Contractur sich ausbildete. Dieser Punkt ist meines Wissens von den Gegnern der antagonistischen Anschauungsweise vollständig unberücksichtigt gelassen. Also nur frisch untersuchte Fälle dürfen als beweiskräftig für oder gegen die antagonistischen Erklärungsversuche zugelassen werden.

2) In den letzten Monaten, wo ich Gelegenheit hatte, eine Reihe von frischen Fällen zu beobachten, bin ich überrascht worden durch die Wahrnehmung, wie frühzeitig Contracturen bei der spinalen Kinderlähmung auftreten können. So habe ich 4 Wochen nach Eintritt der Lähmung bereits vollständig fixirten Hacken- und auch Spitzfuss gesehen, also zu einer Zeit, wo von einer Fixirung des Fusses durch mechanische Momente nicht wohl die Rede sein konnte.

Doch nun zur Sache selbst. Bekanntlich hat man die Entstehung des Hackenfusses mittelst der mechanischen Theorie nur in solchen Fällen zu erklären versucht, wo die Kinder das betreffende Bein bereits zum Gehen benutzten.

Nun habe ich aber unter 5 Fällen von Hackenfuss 2 beobachtet, in welchen die Contractur der Dorsalflexoren sich zu einer Zeit entwickelte, wo die Kinder noch niemals gegangen waren. Besonders instructiv scheint mir der folgende Fall: Luise Bergzog, ein schwächliches Kind von 1 Jahr 2 Monat, zeigte nach einer vor vier Wochen überstandenen fieberhaften Krankheit Lähmung beider unteren Extremitäten; und zwar war die linke total gelähmt (die faradische Reaction fehlte in sämmtlichen Muskeln — ausserdem Entartungsreaction); an der rechten dagegen waren nur die Wadenmuskeln gelähmt und sie allein reagirten gar nicht auf den Inductions-, und nur sehr schwach auf den Batteriestrom. Dem entsprechend zeigte die linke untere Extremität eine gleichmässige, ziemlich vorgeschrittene Abmagerung, die rechte aber nur die Wadenmuskeln schlaff und abgemagert. Und nun bereits 4 Wochen nach eingetretener Lähmung am rechten Fuss ausgesprochener Calcaneo-Valgus mit stark angespannten Dorsalflexoren, während am linken keine Spur von Contractur, sondern überall Schlottergelenke!

Wie will man in diesem und dem anderen, diesem ähnlichen Falle die Entstehung des Hackenfusses nach der mechanischen Theorie erklären, da die Kinder vor der Entstehung desselben nie gelaufen waren?

In den letzten Monaten kam mir aber ein anderer Fall zur Beobachtung, welcher in klarster Weise veranschaulicht, welchen Antheil die willkürlich sich contrahirenden Antagonisten, welchen das mechanische Moment der Schwere an der Entstehung der Contractur haben. Ein 2jähriges Kind, Anna Zinke aus Giebichenstein, Reilstrasse 40, hatte seit dem Sommer 1877, nach Ablauf einer 7wöchentlichen acuten Krankheit, welche die Mutter als Kopfrose bezeichnet, Lähmung des rechten Armes gezeigt. Die Lähmung und Atrophie erstreckte sich aber nur auf Vorderarm und Hand und auch hier nur auf die von den Nn. medianus und ulnaris versorgten Muskeln, während die dem Gebiet des N. radialis angehörigen intact waren. Dem entsprechend reagirten diese auf beide Stromesarten in gleichem Grade, wie die Muskeln an Oberarm und Schulter; die gelähmten Muskeln dagegen zeigten keine Spur von Reaction.

Wir haben hier also den seltenen Fall (unter mehr als 70 Fällen der einzige meiner Beobachtung) einer ausschliesslichen Lähmung der Beuger des Handgelenks und der Finger, sowie der Beuger und Adductoren des Daumens, bei völligem Unversehrtsein ihrer Antagonisten. R. Volkmann (Samml. klin. Vortr. No. 1, p. 19, unten) giebt an, in solchen Fällen gesehen zu haben, wie sich trotzdem Contractur nach der Beugeseite bildete. In unserem Fall steht vorläufig wenigstens, ca. 8 Monate nach Eintritt der Lähmung, die Sache anders. Für gewöhnlich besteht nämlich, neben Extension und Abduction des Daumens, eine ausgesprochene Extensionsstellung des Handgelenks und der Grundphalangen der 4 Finger. (Dies giebt der Hand den Anblick der bekannten Greifenklaue, insofern die beiden Endpha-

langen der Finger leicht flectirt und die Köpfchen der Grundphalangen auf denen der Mittelhandknochen bereits etwas subluxirt sind und in der Hohlhand vorspringen.) Halte ich nun aber, z. B. bei der Demonstration, den Vorderarm, am Ellenbogen gefasst, eine geraume Zeit frei in der Luft, so sinkt die Hand allmälig in Beugestellung herab, während die Hyperextension der Grundphalangen und die Stellung des Daumens dieselbe bleibt. In demselben Moment jedoch, wo das Kind mit der Extremität irgend eine Bewegung ausführt, tritt die volle Extensionsstellung wieder ein.

Der vorliegende Fall ist eine selten klare Illustration der bereits vor fast dreissig Jahren von dem Königsberger Orthopäden Dr. Werner aufgestellten und von mir durch zahlreiche Untersuchungen als richtig erkannten Modification der antagonistischen Theorie, wie ich sie schon oben kurz skizzirt habe. Ich pflege dieselbe etwa in folgender Fassung vorzutragen:

In allen Fällen von spinaler Kinderlähmung, wo von den ein Gelenk bewegenden Muskeln einzelne ausschliesslich oder vorwiegend gelähmt sind, kann bei dem ersten Bewegungsversuch, welchen das Kind mit der gelähmten Extremität macht, der vom Gehirn ausgehende Willensimpuls nur zu denjenigen Muskeln gelangen, zu welchen die Nervenleitung freigeblieben ist. Demnach werden sich also einzig und allein die nicht gelähmten Muskeln contrahiren und dem Gliede eine Stellung nach ihrem Sinne geben. In dieser Stellung nun wird das Glied verharren, weil die gelähmten Antagonisten nicht im Stande sind, jene willkürlich verkürzten Muskeln wieder auszudehnen. Jeder neue Willensimpuls wird aber stets wieder denselben Weg nehmen und darum die Contraction der nicht gelähmten Muskeln immer mehr verstärken, bis dieselben schliesslich in der Verkürzung erstarren, bis die Contractur fertig ist[1]).

Es liegt mir fern zu leugnen, dass auch die mechanischen Kräfte an dem gelähmten Gliede sich geltend machen werden. Fällt ihre Resultante zusammen mit der der willkürlich sich contrahirenden Muskeln, so werden beide in der Richtung, welche sie dem Glied geben wollen, sich unterstützen; im anderen Falle aber sich entgegenarbeiten. Sind also z. B. die Dorsalflexoren ausschliesslich gelähmt, so werden die willkürlich sich contrahirenden Plantarflexoren die Ferse in die Höhe ziehen, die Fussspitze senken und gleichzeitig (bekanntlich eine Nebenwirkung des Gastrocnemius) den inneren Fuss-

[1]) Es ist klar, dass nach eingetretener Lähmung ein Moment kommen wird, wo das Kind spontan oder aufgefordert die gelähmte Extremität zum ersten Mal gebrauchen will. Der Willensimpuls geht aber bekanntlich, auch wenn eine bestimmte Bewegung z. B. Plantarflexion des Fusses intentirt wird, nicht nur in die diese Bewegung ausführenden Muskeln, sondern auch in deren Antagonisten, die Dorsalflexoren. Sonst würde nicht eine wohl moderirte und coordinirte, sondern eine brüske, unharmonische, schleudernde Bewegung zu Stande kommen. Aus diesem Grunde wird der Willensimpuls bei jedem Bewegungsversuch, mag er dieser oder jener bestimmten Muskelgruppe gelten, stets die nicht gelähmten Muskeln zur Contraction bringen.

rand heben: kurz den Fuss in Equinovarus-Stellung bringen; dieselbe Wirkung hat bekanntlich die Schwere des vorderen Fussabschnittes. Beim Equinovarus könnte man also zweifelhaft darüber sein, ob derselbe nicht ausschliesslich auf die Schwere des vorderen Fussabschnittes zurückzuführen oder ob der willkürlichen Contraction der Wadenmuskeln ein Antheil an der Entstehung dieser Contractur zu concediren sei. Anders in den oben angezogenen Fällen von Hackenfuss bei Kindern, welche noch nicht gegangen sind. Hier wo die Plantarflexoren ausschliesslich gelähmt, werden die intacten Dorsalflexoren die Fussspitze in die Höhe ziehen, während die Schwere des vorderen Fussabschnittes sich bemüht, dieselbe zu senken. Wenn es nun einerseits denkbar ist, dass in manchen Fällen von Hackenfuss, wo auch die Dorsalflexoren nicht ganz intact geblieben sind, eben durch die Schwere des vorderen Fussabschnittes eine allmälige Ausgleichung der Contractur zu Stande kommen kann, so darf man andererseits nicht verkennen, wie energisch die primäre Contraction der Dorsalflexoren gewessen sein muss, wenn sie der stetig wirkenden Schwere des vorderen Fussabschnittes schliesslich doch nicht nachgegeben hat. [Die Schwere der Bettdecke, welche ja die Bildung des Pes equinus offenbar begünstigen muss, dürfte bei der Hackenfussstellung, so lange dieselbe nicht hochgradiger ist als in unserem Falle, weniger in Betracht kommen, indem die (in Folge von mechanischer Dehnung des langen Zehenbeugers) regelmässig plantarflectirten Zehen der Schwere der Bettdecke eher einen Angriffspunkt nach der Richtung der Plantarflexion hin geben möchten.] Dieser Kampf zwischen den willkürlich sich contrahirenden Antagonisten und dem Moment der Schwere wird uns in klarer Weise vorgeführt in dem zweiten von mir mitgetheilten Falle: Sämmtliche Antagonisten der Extensoren des Handgelenks und der Grundphalangen der Finger sind gelähmt. (Auch die Interossei, welche bekanntlich die Grundphalangen beugen und darum sich der Streckung durch den Ext. digit. commun. entgegensetzen würden. Die Beugestellung der beiden letzten Phalangen erklärt sich beiläufig durch mechanische Dehnung der Sehnen des Flexor profundus in Folge der Extensionstellung im Handgelenk.) Darum geht bei jedem Versuch, die Extremität zu gebrauchen, der Willensimpuls ausschliesslich in jene Dorsalflexoren und stellt das Handgelenk und die Grundphalangen der 4 Finger in Extension. Auf der anderen Seite aber macht sich die Schwere der Hand geltend, sobald der Arm längere Zeit frei in horizontaler Richtung gehalten wird. Dadurch sinkt die Hand allmälig in Beugestellung herab, (auf die Extensionsstellung der Grundphalangen hat die Schwere jedes einzelnen Fingers keinen corrigirenden Einfluss), um beim ersten Bewegungsversuch der Extremität wieder in die Extensionscontractur zurückzuschnellen. Deshalb halte ich es keineswegs für ausgemacht, dass in unserem 2. Falle die antagonistischen Extensoren aus jenem Kampfe schliesslich siegreich hervorgehen und eine Extensionscontractur unfehlbar zu Stande bringen müssen. Vielmehr ist es sehr

wohl denkbar, dass sie der Schwere der Hand und, in Folge der dadurch bedingten starken Dehnung ihrer Fasern, doch schliesslich nachgeben. Ob sich dann im späteren Verlaufe sogar eine Flexionscontractur bilden kann, wie sie R. Volkmann (jedenfalls bei in unserem Sinne nicht frischen Fällen) gesehen hat, lasse ich dahingestellt. Immerhin aber geht aus diesem 2. Falle so viel mit Sicherheit hervor, dass die nicht gelähmten Antagonisten in einer so energischen Weise sich willkürlich contrahiren können, dass sie einem so bedeutenden Gegenzuge gegenüber, wie ihn die Schwere der ganzen Hand hervorbringt, mit kurzen Unterbrechungen sich in ihrer Verkürzung behaupten können.

In diesem Sinne meinte ich es, wenn ich oben sagte, dass die Richtung der Contracturstellung des Gliedes primär bestimmt wird durch die bei jedem Bewegungsversuch sich willkürlich contrahirenden nicht gelähmten Antagonisten; und erst secundär durch die mechanischen Momente der Schwere und der Körperbelastung.

Selbstverständlich gebe ich zu, dass in allen Fällen, wo sämmtliche ein Gelenk bewegende Muskeln von vornherein gelähmt waren, etwaige Contracturen nur entstanden sein können in Folge der genannten mechanischen Einflüsse. Indessen möchte ich an dieser Stelle hervorheben, dass ich in der grossen Mehrzahl dieser Fälle nicht Contracturen, sondern Schlottergelenke entstehen sah.

Zum Schluss bemerke ich, dass diese Mittheilung keinen andern Zweck haben soll, als den, dem von R. Volkmann (l. c. p. 15) so geringschätzig behandelten »dritten Moment« die ihm gebührende Beachtung bei der Entstehung der Contracturen zu sichern.

Langendorff und **Mommsen**. Beiträge zur Kenntniss der Osteomalacie.

(Virch. Arch. LXIX. p. 452.)

Die chemischen und mikroskopischen Untersuchungen des Verf. wurden ermöglicht durch einen Fall von Osteomalacie, der auf der Czerny'schen Klinik zur Beobachtung kam. Der osteomalacische Process bestand bei dem 38jährigen Mann bereits seit 6 Jahren und war zu einer Art von Stillstand gekommen. Die PO_5- Menge wurde im Urin niemals vermehrt, öfters nicht unbeträchtlich vermindert gefunden. Eine pathologische Ausscheidung von Knochensalzen durch den Urin und auf andere Weise fand zur Zeit der Untersuchung wahrscheinlich nicht mehr statt. Da aber bei Lebzeiten des Pat. Concremente in der Blase und ebenso durch die Section in zahlreicher Menge in den Nierenbecken nachgewiesen wurden, so war mit Sicherheit zu vermuthen, dass früher die Knochensalze den Organismus des Pat. im Harn verliessen. Als abnorme Harnbestandtheile wurde wiederholt ein dem Bence-Jones'schen Albumindeutoxydhydrat entsprechender Körper nachgewiesen. Ebenso wurde Milchsäure im Urin nachgewiesen. (Nach den Untersuchungen der Verf. auch

im Harn gesunder Individuen auffindbar.) Bei der chemischen Untersuchung der Knochen war weder der Eiweisskörper von Bence-Jones, noch Milchsäure auffindbar.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der osteomalacischen Knochen war den Verff. die von v. Ebner angegebene Entkalkungsmethode (mit concentrirter NaCl-Lösung und HCl) von besonderem Werth. Die bekannte Erweiterung der Havers'schen Canäle wurde im erweichten Knochen überall gefunden. Besonders auffallend war den Verff. die Aehnlichkeit des Knochengewebes selbst mit der Beschreibung des infantilen Periost-Knochens, wie sie v. Ebner giebt (vergl. Centralbl. für Chir. 1878. p. 84). Nirgends waren vollständige Lamellensysteme vorhanden, die »Kittlinien« fehlten dem entsprechend meist oder waren undeutlich. An einzelnen Partien waren die Knochenkörperchen ohne jegliche Ordnung angehäuft, von allen möglichen Formen, grössere dicht aneinander gedrängt, hier und da mit längeren Ausläufern versehen. Bei starker Vergrösserung war an solchen Stellen die Grundsubstanz aus feinen Fibrillen zusammengesetzt, die meist in allen möglichen Richtungen durcheinander liefen (geflechtartiges Knochengewebe).

Das gelbe Mark bot keine Abweichung vom Normalen dar. Das rothe Mark war durchweg äusserst reich an meist rundlichen feingranulirten Zellen. An einzelnen Stellen entstand durch Anfüllen der sonst mit Fett gefüllten Maschenräume mit solchen Zellen, oberflächliche Aehnlichkeit mit alveolärem Rundzellensarcom. An anderen Stellen findet sich als Grundlage des Markgewebes ein zartes, maschiges Bindegewebe, entstanden dadurch, dass kleine, meist spindelförmige Elemente mit ihren fibrillären sternförmigen Ausläufern untereinander anastomosiren. — Zahlreiche extravasirte rothe Blutzellen, Pigmentkörner. — Starke Ueberfüllung der Blutgefässe, besonders der dünnwandigen Venen.

Die Cysten waren je nach ihrer beträchtlicheren oder geringeren Grösse von derber, gefässarmer, epithelloser Membran ausgekleidet, oder ohne deutliche Grenzmembran, mit hellem, flüssigem oder rostbraunem, körnigbröckligem Inhalt gefüllt. Im letzteren Falle waren rothe Blutzellen, massenhaftes Pigment, hier und da ein von der Umgebung gänzlich isolirtes Knochenbälkchen nachweisbar.

In grosser Menge fanden sich typische Riesenzellen in den an die Cysten angrenzenden Partien des Knochengewebes, in die erweiterten Havers'schen Canäle eingebettet, und zwar am Rand gegen den Knochen hin, der die ihnen entsprechenden, oft durch einen scharfen Sporn von einander getrennten Howship'schen Vertiefungen zeigt. Die Verff. stellen als Resultat ihrer Untersuchungen folgendes hin: Es giebt eine Form perniciöser, progressiver Knochenerweichung, die nicht auf einer von den Markräumen aus stattfindenden Säureeinwirkung beruht, sondern die ihren Grund in einer sehr complicirten Störung im gesammten Stoffwechsel des Knochengewebes hat. Die Riesenzellen besorgen wahrscheinlich die Resorp-

tion. Sie sind der Wegner'schen Ansicht entsprechend Sprossen von Gefässwandungen. Die Genese der im rothen Mark vorkommenden rundlichen, jungen Bildungszellen ist unbekannt. Die kleinen Netze bildenden Zellen sind vielleicht als aus den Knochenzellen direct hervorgegangen zu betrachten. Die Cysten verdanken Blutungen wahrscheinlich in Folge leichter Traumen ihren Ursprung.

Madelung (Bonn).

H. v. Stockfleth. Knochenweiche bei Ferkeln und Laufschweinen.

(Deutsche Zeitschr. f. Thiermedicin u. vergl. Pathol. Bd. IV. Hft. 1 u. 2. p. 1—7.)

Mit der Bezeichnung Knochenweiche oder Knochenerweichung meint Verf. nichts anderes als Rachitis. Dieselbe trat in den letzten Jahren in Dänemark auffallend häufig und sehr ausgebreitet auf. Das genau beschriebene Krankheitsbild bietet jedoch nichts von der menschlichen Rachitis abweichendes; nur waren die Verkrümmungen der Gliedmassen (Dachsbeine) sehr viel ausgesprochener, als beim Menschen. — Die Ursachen des vermehrten Auftretens der Krankheit sucht Verf. in der durch die gesteigerte Schweinezucht bedingten unzweckmässigen »Treibhauspflege« der Ferkel; das Zusammenpferchen derselben in enge, schlecht gelüftete Ställe, Mangel an natürlicher Bewegung im Freien, ferner ungeeignete Ernährung, welche zu Magen- und Darmkatarrhen disponirt, dürften die hauptsächlich schädlichen Potenzen sein.

A. Hiller (Berlin).

P. Baumgarten. Die sogenannte Organisation des Thrombus.

Leipzig, O. Wigand, 1877.

Unter fleissiger Benutzung der vorliegenden Literatur hat Verf. in einer Reihe von Experimentaluntersuchungen (bei etwa 120 Kaninchen) die obige noch streitige Frage einer Revision unterworfen.

Verf. giebt zunächst eine geschichtliche Schilderung der über den Gegenstand vorliegenden Ansichten, von Jean Louis Petit an bis in unsere Tage und geht dann zur Beschreibung seiner Versuche über. Die Hauptzahl der letzteren wurde so gemacht, dass eine möglichst grosse Gefässstrecke vollständig frei präparirt wurde, so dass die Wand isolirt vorlag und von allen Seiten mit stumpfen Muskelhaken zu umgreifen war. Dann wurden 2 Ligaturfäden in einer Entfernung von circa 1 Zoll unter das Gefäss gebracht und danach die Fäden — bei Arterien zuerst der peripherische, bei Venen zuerst der centrale — doppelt geschnürt, sodann die Fäden möglichst kurz abgeschnitten. Auf die Wand der doppelt unterbundenen Strecke wurde sodann in 2 % Carbolwasser suspendirter Zinnober aufgestrichen. Die Hautwunde wurde mit carbolisirten Seidenfäden genäht. Anfangs nach Stunden, dann nach einzelnen Tagen und Wochen wurden die Thiere getödtet und die betreffenden Präparate

sofort frisch makroskopisch und mikroskopisch untersucht u. s. w. Verf. ist zu folgenden Ergebnissen gelangt:

Die sogenannte Organisation des Unterbindungsthrombus geschieht nach B. wesentlich durch 2 verschiedene Processe:

1) Durch eine Wucherung des Gefässendothels (cfr. auch Thiersch, Anatom. Veränderungen verwundeter Weichtheile, Pitha-Billroth's Handbuch der Chir. I. Bd. p. 550. Ref.).

2) Durch eine von der Unterbindungsstelle her in das offene Gefässlumen und durch seitliche Rissstellen (eventuell auch durch die unverletzte Gefässwand) eindringende entzündliche Wucherung der Gefässwand und des umliegenden Gewebes, der B. die Gefässbildung, die sogenannte Vascularisation des Thrombus allein zuschreibt.

3) Eine von diesen Vorgängen unabhängige Organisation des Thrombus giebt es nicht. Die Thrombusbestandtheile sind weder direct noch unter Beihülfe anderer Elemente im Stánde, in wirkliches Gewebe überzugehen.

Den Schluss des Buches bildet eine kurze Besprechung der hauptsächlichsten bisherigen mikroskopischen Untersuchungen über die Organisation des Thrombus, d. h. der Arbeiten von Zwicky, Reinhardt, Virchow, C. O. Weber, Billroth, Bubnoff, Waldeyer, Thiersch, Tschausoff, Kocher, Durante, Cornil, Ranvier, Auerbach u. A. **H. Tillmanns** (Leipzig).

R. Barwell. Some statistics of antiseptic operations in the year 1877.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 306.)

Verf. giebt als Beleg für den Werth der antiseptischen Verbandmethode seine sämmtlichen im J. 1877 im Charing-Cross-Hospital verrichteten Operationen in Tabellenform wieder; es starben nur 3: No. 12 an intercurrentem Gehirnleiden, No. 18 an einem Unterleibsleiden (?), No. 25 blieb in der Narkose todt. Diese 3 Fälle haben daher nichts mit dem Wundverlaufe zu thun. Die Heilung war ausnahmslos eine sehr schnelle, ohne jede Eiterung oder Entzündung. Schmerzen waren kaum vorhanden. Verf. weiss sehr wohl, dass bei jeder Behandlungsform, auch der offenen Wundbehandlung, hier und da ein solcher Verlauf vorkommen kann, glaubt aber nicht, dass derselbe dann regelmässig so günstig sein wird. Die Ligaturen wurden sämmtlich mit Catgut gemacht.

Amputationen:

1)	Oberschenkel, mittleres Drittel,	19. 4.,	geh. 28. 4.,	11. 5.	fester, guter Stumpf,
2)	- - -	24. 8.,	- 2. 9.,	12. 9.	- - -
3)	Unterschenkel, unteres Drittel,	21. 3.,	- 2. 4.,	17. 4.	- - -
4)	- - -	9. 8.,	- 16. 8.,	20. 9.	- - -
5)	- - -	3. 5.,	- 12. 5.,	18. 5.	- - -
6)	- über d. Malleol.,	31. 8.,	- 8. 9.,	8. 9.	- - -
7)	Chopart- Amputation	11. 11.,	- 18. 11.		Tereben-Verband.
8)	Pirogoff- Amputation	24. 8.,	- 4. 9.		Tereben-Verband.

Resectionen:

9)	Knie . . .	16. Dec., geh.	10. Jan.	knöcherne Vereinigung.
10)	- . . .	5. April, -	23. April,	- - im Mai.
11)	Fussgelenk.	26 Febr., -	15. März,	fibröse Vereinigung.
12)	-	20. April, -	— -	am 10. Tage erschien die Wunde entzündet, Meningitis tubercul.

Osteotomieen:

13)	Durchtrennung des Oberschenkels . .	2. Dec., geh.	20. Dec.	
14)	- - - . .	5. Jan., -	4. Febr.	
	- der Tibia und Fibula .	15. März, -	21. März.	
15)	- des Femur	3. Mai, -	8. Mai,	geht Mitte Mai; fällt später, Fract. fem. dext. 1½" über der Durchtrennungsstelle.
	- - -	3. - -	10. -	
	- der Tibia und Fibula .	12. März, -	16. März,	
	- - - - - - .	12. - -	18. -	
16)	- des Femur	3. Sept., -	8. Sept.	volle Heilung in 3 Wochen.
17)	- der Tibia u. Fibula dext.	26. Nov., -	3. Dec.	feste Vereinig. in 14 Tagen.
	- - - - - sin.	1. Dec., -	8. -	

Entfernung freier Kniegelenkskörper.

18) Operirt 21. Juni, geh. 27. Juni. Acute Unterleibskrankheit, ungeh. entlassen.
19) - 15. Febr., geh. 19. Febr.

Arterien-Unterbindungen.

20)	Ligatur der Art. brachial. . .	10. Febr., geh.	20. Febr.
21)	- - - radialis . . .	18. April, -	22. April.
22)	- - - subclav. dext.	14. Aug., -	21. Aug.
	- - - carot. -	14. - -	23. -
23)	- - - femor. -	22. Nov. -	27. Nov.
24)	- - - subclav. -	6. Dec. -	10. Dec.
	- - - carot. -		
25)	- - - subclav. -	6. Dec., kommt aus der Narkose nicht zu sich.	
	- - - carot. -		
26)	- - - - sin.	14. Nov., geh.	29. Nov.
27)	Nervendehnung des Plex. brachial.	20. April, geh.	26. April.

Pilz (Stettin).

Méthode d'aëration. Traitement rationel des plaies.

Moskau, **Alex. Lang**, 1877.

In sechs Sitzungen hat die Specialcommission für Wundbehandlung in Moskau für die chirurgische Gesellschaft daselbst ein Gutachten ausgearbeitet, das in seinen Grundanschauungen Folgendes enthält:

Die beiden besten Wundbehandlungsmethoden, die antiseptische Lister's und die offene Burow's und Rose's stehen in augenscheinlichem Gegensatz; beide haben ein Stück Wahrheit, das Wahre aber ist die Methode der Aëration. Nicht die Luft sammt allen ihren Bestandtheilen ist an sich das Schädliche für die Wunden, sondern die Stagnation der Luft; diese begünstigt die Zersetzung. Luft stagnirt aber in allen porösen Körpern, also sollen dieselben von den Wunden ferngehalten werden. Man soll keine Compressen, keine Charpie, keine vegetabilischen Fäden mit Wundflächen in Berührung bringen. Fallen diese Dinge fort, so braucht man keine Desinfectionsmittel zum Schutz der frischen Wunden, die Wundsecrete bilden bald genug — ohne Neigung zur Zersetzung, weil nur mit der fri-

schen, sich stets erneuernden Luft in Berührung — den besten Schutz für die Wunde, wo ein solcher nöthig ist. Damit ist diese Methode zugleich die beste Occlusionsmethode. — Die Lister'sche Behandlungsweise ist die nächst beste, weil sie durch das Protectiv auch gegen Luft schützt, die stagnirend schaden könnte, und weil die Begünstigung der Zersetzung in der porösen Gaze ausgeglichen wird durch antiseptische Zuthaten. Der Spray dagegen ist überflüssig, schon wegen seiner Temperatur und weil die Ueberschwemmung der Wunde mit Flüssigkeit nachher zur Drainage nöthigt, welche die prima reunio hindert.

Die specielle Anwendung soll, um beispielsweise einige Wundgattungen anzuführen, folgendermassen sich gestalten:

1) Bei Amputationen: Gefässligaturen mit Catgut, schliessliche Reinigung mit 3%ger Carbollösung; totale, tiefe Vereinigung mit Metallsuturen; Lagerung ohne Bedeckung, Heftpflasterzug an den Seiten, gute Fixation des Stumpfs. Bei anderen frischen Wunden ebenfalls möchlichste Reinlichkeit; Metallnaht; wenn nöthig seitlich von der Wunde Kautschukballons etc. zur Compression; Hohlschienen aus Draht etc. zum Schutz über das ganze Wundgebiet gebunden.

2) Bei Wunden, welche zur Eiterung kommen, möglichst rasche Erzielung eines Schorfs, im Nothfall Bedeckung mit halbflüssigen Mitteln (Leinsamendecoct, Glycerin mit etwas Carbol- oder Salicylsäure); bei reichlicher Eiterung Ableitung durch seitlich angebrachte poröse Stoffe, Kälteanwendung, aber nie direct auf die Wunde. — Aehnlich ist das Verfahren bei granulirenden und geschwürigen Flächen.

3) Bei Schussverletzungen Entfernung aller in der Wunde liegenden, porösen Körper; antiseptischer Verband mit möglichst hermetischem Abschluss nur für die Dauer des Transports. Bei complicirten Fracturen Extraction loser Splitter und Anfüllung der Wunde mit einer desinficirten Substanz u. s. f.

Die Vorzüge dieses Verfahrens sollen sein: Rasche Heilung, vollkommene Sicherung gegen Wundkrankheiten, Verbesserung der sanitären Verhältnisse der Spitäler, leichte Controle, Einfachheit der Behandlung und Billigkeit.

Leider fehlen alle Zahlenbelege über die in den Moskauer Spitälern damit erzielten Heilungen und die Heilungsdauer.

(Hoffentlich werden dieselben dem hohen Maass von absprechendem Selbstvertrauen, mit welchem obiger Bericht auftritt, eine gleichwerthige praktische Beweisführung hinzufügen. Red.)

Mögling (Schwenningen).

S. Tschirjew. Ueber den Einfluss der Blutdruckschwankungen auf den Herzrhythmus.

(Du Bois-Reymond's Arch. f. Physiologie 1877. p. 116—195.)

Die vielfach discutirte und auch für pharmakologische Untersuchungen principiell wichtige Frage über den Einfluss der Blutdruck-

schwankungen auf den Herzrhythmus hat T. zum Gegenstand einer ausgedehnten Experimentaluntersuchung gemacht und ist dabei zu folgenden Ergebnissen gelangt: 1) Bedeutende und rasche Blutdruckschwankungen beeinflussen den Rhythmus der Herzcontractionen, sowohl nach ausschliesslicher Trennung der Halsnerven (Vagus, Sympathicus, Depressor), als auch nach Durchschneidung sämmtlicher extracardialer Nervenbahnen (ausser den genannten noch die Gangl. cervic. inf. und stellata und Trennung des Rückenmarks unterhalb des Atlas). 2) Eine jede beträchtliche und rasche Blutdrucksteigerung vermag nicht nur den Herzhemmungsapparat, sondern auch die excitomotorischen Herzcentren unmittelbar zu erregen. Der schliessliche Effect der Blutdrucksteigerung auf den Herzrhythmus hängt von der Grösse dieser einzelnen Factoren, der Erregung des regulatorischen und excitomotorischen Herznervenapparats ab, der Art, dass die Schlagzahl des Herzens zu- und abnimmt und nur selten unverändert bleibt. 3) Die Pulsbeschleunigung, welche bei dem der Steigerung nachfolgenden Absinken des Blutdrucks eintritt, gleichviel ob die Halsnerven allein durchschnitten oder das Herz von den Nervencentren vollständig isolirt ist, kommt durch zweierlei Einwirkungen zu Stande: a) Nachwirkung der Erregung der motorischen Herzganglien durch die vorausgegangene Drucksteigerung, b) Herabsetzung ihrer Erregung durch den Abfall des Blutdrucks. Die Grösse dieser Wirkung hängt ab von der Erregbarkeit der Herzganglien und von der Dauer und Höhe der Blutdrucksteigerung.

J. Munk (Berlin).

Schmidt (Mülheim). Gelangt das verdaute Eiweiss durch den Brustgang in's Blut? Aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig.

(Arch. für Anatomie und Physiologie. Jahrg. 1877. Hft. 5 und 6.)

S. benutzte die Absperrung des Chylus von der Blutbahn zur Erforschung der Resorptionsbahnen des Eiweisses. Die Absperrung wurde durch Unterbindung der Duct. thoracic. sin. et dextr. bewirkt. Wird diese Operation in schonender Weise ausgeführt, so ist dieselbe kaum von erheblichen Störungen im Allgemeinbefinden der Versuchsthiere begleitet. S. weist speciell nach, dass die Stickstoffausscheidung der Hunde in Folge der Operation nicht vermehrt wird. — Er beschreibt alsdann Veränderungen im Bereiche des Lymphgefässsystems, welche regelmässig nach gelungener Operation beobachtet wurden: Ausdehnung der Lymph- und Chylusgefässe, Infiltration des perivasculären Bindegewebes, Chylusergüsse in die Bauch- und Brusthöhle und Schwellung der Mesenterialdrüsen. Bei fetthaltigem Chylus fand S. stets auffallend umfangreiche Infiltrationen und Ergüsse von milchiger Beschaffenheit, und er hat sich durch Injection der Chylusgefässe mittelst Farbstoffe davon überzeugt, dass bei diesen Veränderungen niemals eine gröbliche Zerreissung der Gefässwandungen an-

zutreffen ist. Im Gegensatze zu Astley Cooper, der gleichfalls Bindegewebsinfiltrationen nach Unterbindung des Ductus thoracicus beobachtet hat und der selbige durch Zerreissung des Receptaculum chyli, welches er stets leer angetroffen haben will, zu Stande kommen lässt, fand S. das Receptaculum stets prall gefüllt und niemals zerrissen. Da S. nun einen Einfluss der Chylusergüsse auf den Harnstoffcoëfficienten nicht nachweisen konnte, so war eine Methode gefunden, welche mit Sicherheit festzustellen gestattete, ob ein Thier, dessen Chylus sich nicht mehr in das Blut ergiessen konnte, die verzehrten Eiweissstoffe vollkommen zu verdauen, durch Aufsaugung aus der Darmhöhle zu entfernen und durch den Harn ein der resorbirten Eiweissmenge entsprechendes Quantum Harnstoff zu entleeren vermochte. Für brauchbar wurden nur die Versuche erklärt, bei denen es sich durch die von einer Injection der Cysterne unterstützte Obduction ergeben hatte, dass der Verschluss der Chyluswege in untadelhafter Weise gelungen war. S. führt eine Reihe von Versuchen an, durch welche bewiesen wird, dass nach völliger Absperrung des Chylus von der Blutbahn die Verdauung und die Resorption der Eiweisskörper, sowie deren Umwandlung in Harnstoff in demselben Umfange wie bei offenen Chyluswegen stattfindet.

Schmidt (Leipsig).

Bensch. Beiträge zur Beurtheilung der chirurgischen Behandlung der Nasenrachenpolypen.

Inaug.-Diss. Berlin 1877.

Verf. liefert in einer umfassenderen Arbeit, als für Dissertationen gebräuchlich ist, eine Abhandlung über obiges Thema auf Grund sowohl eingehender literarischer Studien, als auch von Beobachtungen, die er in Voltolini's Privatklinik zu machen Gelegenheit hatte. Nach Vorausschickung eines Verzeichnisses der angeführten Literatur und eines kurzen Vorwortes erläutert B. zunächst den Begriffswerth der Bezeichnung: Nasenrachenpolyp, welche er, sich stützend auf die Geschichte und das Urtheil erfahrener Chirurgen, einzig und allein auf die harten Fibrome der Schädelbasis angewendet wissen will.

In Kürze wird sodann das klinische und anatomische Bild dieser Krankheit entworfen, Wachsthum, Symptomatologie, Vorkommen, Differentialdiagnose, Aetiologie und Anatomie, indem überall, besonders aber in der Aetiologie und Anatomie neue für die Beurtheilung der Therapie wichtige Gesichtspunkte eröffnet werden. Bei der demnächst folgenden Darstellung der Therapie unterscheidet B. die moderne, welche er mit Einführung der präliminaren Knochenresectionen (1832) beginnen lässt, von der älteren, die zurückgeht bis auf Hippokrates. Letztere wird kurz geschildert, erstere unter 2 Gruppen behandelt: 1) die

Präliminarresectionen, 2) die directen Verfahren. Jenen ist der grosse Werth zuzuerkennen, dass sie die Wurzel oder Ursprungsstelle der Polypen zu zerstören gestatten, ohne deren Vernichtung stetes Recidiviren erfolgt. Indess beweist B. aus der Anatomie und aus klinischen Thatsachen, dass nur die verletzendsten unter ihnen diesen Zweck ermöglichen und gerade bei diesen versäume man ihn gewöhnlich. Den directen modernen Methoden durch Zangenextraction, Galvanokaustik, Ecrasement, Rugination wird jeder Werth abgesprochen, so lange und weil sie ohne das Operationsfeld zu sehen operiren. — Nachdem in einem weiteren Abschnitte die heutige Therapie in fünf Thesen resumirt und als unhaltbar bezeichnet worden ist, stellt B. sich auf den letzten 30 Seiten die Aufgabe, Berechtigung, Vorzug und Unabweisbarkeit der rhinoskopisch-chirurgischen Methode zu erweisen: man müsse diese Geschwülste ebenso intrapharyngeal operiren, wie man längst schon die Kehlkopfgeschwülste intralaryngeal operire. Bei dem rhinoskopisch-chirurgischen Verfahren wird zuerst der Polyp selbst mit allen Hülfsmitteln des modernen directen Verfahrens auf den natürlichen Wegen durch Nase und Mund soweit entfernt, dass man der Wurzel zukommen könne, dann diese selbst unter Leitung des Spiegels zerstört. Für den ersten Act empfiehlt B. ein neues Instrument, den im Holzschnitt abgebildeten galvanokaustischen Hohlmeissel, dessen Führung und Wirkungsweise durchaus dem scharfen Löffel in glühendem Zustande entspricht; für den zweiten Act entweder dasselbe Instrument, aber in anderer Weise geführt, oder den gewöhnlichen galvanokaustischen Kuppelbrenner. Zum Schlusse fügt Verf. eine Tabelle von 124 aus der Literatur gesammelten Fällen bei, nach Alter, Geschlecht und Diagnose geordnet.

v. Mosengeil (Bonn).

J. Kessel. Ueber das Mobilisiren des Steigbügels durch Ausschneiden des Trommelfelles, Hammers und Ambosses bei Undurchgängigkeit der Tuba.

(Arch. für Ohrenheilkunde Bd. XIII. Hft. 1.)

Wegen Tubarverschlusses hat Verf., um »die Paukenhöhlenventilation nach dem Gehörgang herzustellen, einen Ausweg für die Secrete zu schaffen, das Labyrinth von seinem Druck zu entlasten und eventuell das Mobilisiren des Steigbügels vorzunehmen«, folgende Operation ausgeführt:

Das Trommelfell wurde mittelst einer Lanze vom Falz getrennt, worauf es sich rasch um den Hammergriff zusammenzog. Dann folgte die Tenotomie des M. tensor tympani und Extraction des Hammers und Ambosses. Der Erfolg war erst günstig, indem sich das Gehör

des Patienten besserte und die Geräusche, die vorher bestanden, nachliessen. Später jedoch wurde das anfänglich gute Resultat durch Regeneration des Trommelfelles beeinträchtigt; die Neubildung einer Membran konnte weder durch erneute Abtrennung noch Aetzung, noch mit dem Galvanocauter aufgehalten werden.

Th. Kölliker (Würzburg).

S. Coupland und **H. Morris.** On stricture of the intestine.
(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 122.)

Die Zusammenstellung sämmtlicher im Middlesex-Spitale seit 1844 beobachteten (31) und in der pathologischen Gesellschaft (32) seit 1846 berichteten Fälle von Darmstricturen ergab, dass von 63 Fällen 58 den Dickdarm betrafen.

Im Hospital vertheilen sich von 27: auf Rectum 12, Flex sigm. 12, Col. transv. 2, Col. descend. 1. Im Bericht der pathologischen Gesellschaft vertheilen sich von 31: auf Rectum 8, Flex. sigm. 13, Col. transv. 2, Col. descend. 2, Flex. hepat. 3, Flex. splen. 2, Coec. 1; mithin kommen die Mehrzahl (45 von 58) auf den untersten Theil des Dickdarms (Flex. sigm. und Rectum). Die überwiegende Mehrzahl der Stricturen ist das Product maligner Geschwülste, besonders der Epithelialcarcinome. Die Angaben aus den früheren Jahren sind zu ungenau und unsicher, da jedenfalls eine Anzahl der »Stricturen mit Ulceration« zu ihnen gehören muss. Soweit sichere Angaben vorliegen, sind von 63 Stricturen 38 als durch Carcinom bedingt anzusehen.

Recht häufig erfolgte der tödliche Ausgang, wenn nicht Colotomie gemacht worden war, durch Perforation und zwar eigenthümlicher Weise durch Perforation im oder in der Nähe des Coecum. In therapeutischer Hinsicht wird man sich Angesichts dieser Statistik, wenn keine Strictura recti vorliegt und die Flex. sigmoid. mit Sicherheit nicht erkannt werden kann, zur Colotomia dextra entschliessen müssen. Die palliative schädliche Punction der Därme ist zu unterlassen. Trotz genauester Berücksichtigung der Umstände, Benutzung der Auscultation, Percussion, Palpation, Einfüllung von Wasser und Untersuchung per rectum nach Simon's Methode, kann man nach C. und M. nur selten objectiv den Sitz der Strictur im Dickdarm feststellen.

Pilz (Stettin).

Kenneth M'Leod. The surgical function of the omentum.
(Edinb. med. Journ. 1877. Vol. II. p. 1.)

Anknüpfend an 8 Beobachtungen von Bauchverletzungen mit Netzvorfall, der mehrfach für Vorfall des »Pancreas« angesehen wurde, stellt Verf. sämmtliche ihm bekannt gewordene Beobachtungen von Netzvorfall zusammen. Von allen 57 Fällen starb nur 1; vorwiegend traf die Verletzung das Abdomen über dem Nabel und hier war die Masse des Vorfalls meist kleiner, als bei tiefer am Bauch gelegenen

Wunden. — Die Grösse, die Lage und der Fettreichthum des Netzes variiren bei verschiedenen Menschen ausserordentlich, nur selten reicht das Netz bis zum Schambein herab, das linksseitige Colon ist weniger oft als das rechtsseitige bedeckt. Bei Bauchverletzungen (seltener be den Schussverletzungen des Abdomen) drängt sich gewissermassen schützend das Netz durch die Weichtheilwunde vor, verschliesst blutende Gefässe, den verletzten Darm, das verletzte Zwerchfell und schützt vor weiterem Vorfall von Eingeweiden. Solche Netzprotrusion, wenn sie nicht besonders gross und nicht fest eingeschnürt ist, führt, sich allein überlassen, zur Vernarbung. Es sei darum gerathen, nicht zu schnell und nicht zu thätig einzugreifen. Deshalb möge man bei frischen reponiblen Vorfällen die Reposition machen, bei frischen unreponirbaren erst dann die Wunde erweitern und die Reposition ausführen, wenn besondere Erscheinungen dazu zwingen. Bestehen stärkere Zerreissungen des Vorfalls ohne Einschnürungen, so thut man gut den Vorfall zu lassen, die einzelnen Fetzen zu entfernen und bei besonderer Grösse, nachdem sichere Adhäsionen in den Bauchwunden ausgebildet sind, die vorstehende Partie unter antiseptischen Cautelen abzutragen. Abcediruug und Gangrän des Vorfalls sind nach den allgemein gültigen Regeln zu behandeln. **Pilz** (Stettin).

K. Schröder. Ueber die operative Behandlung der extraperitoneal inserirten Ovarialkystome.

(Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. II. Hft. 2. p. 365.)

Verf. unterscheidet zwei Formen der extraperitoneal inserirten Ovarialkystome. Die eine, wo das wachsende Kystom die beiden Blätter des Lig. latum auseinander drängt, so dass ein Theil von ihm zwischen diese, den Beckenboden und die eine Uteruskante zu liegen kommt. Weiterhin wird dann das Peritoneum immer mehr in die Höhe gehoben, so dass dann das untere Segment des Tumors vollständig im Beckenbindegewebe steckt, das Bauchfell sich in der Höhe des Beckeneinganges von allen Seiten auf den Tumor umschlägt. Bei der anderen Form wächst die Geschwulst nur zum Theil und in bestimmter Richtung in das Beckenbindegewebe hinein, so dass dann ein eigentlicher Stiel fehlt, der Tumor mit einem breiten Segment im Bindegewebe steckt. Verf. sah 3 Fälle der Art, wo sich der Tumor nach hinten entwickelt hatte.

Gegen Kaltenbach betont S. die Schwierigkeit der Diagnose für viele Fälle besonders der letzteren Art, in denen das Verhältniss des Uterus zum Tumor kein auffallendes ist. Wenn Kaltenbach diese Tumoren als nicht anzugreifende ansieht, so widerspricht ihm Verf. entschieden, wenn es sich bei der Operation auch nicht um völlige Ausschälung der Geschwulst handeln wird.

Bei der ersten Art der Fälle näht Verf. das Stück des Tumors, das fest im kleinen Becken sitzt, in die Bauchwunde ein und legt

durch den tiefsten Theil des Cystensackrestes ein Drainrohr nach der Scheide hin. Zwei so operirte Fälle genasen. Bei der zweiten Art formirt er aus dem im Beckenbindegewebe inserirten untersten Theil der Cyste den fehlenden Stiel und behandelt denselben intraperitoneal. Er bezeichnet das Verfahren als leicht ausführbar und ungefährlich. Verf. glaubt nicht, dass das kleine zurückbleibende Stückchen des Sackes irgend eine Gefahr in Bezug eines Recidives bedingen könnte. Die drei in dieser Weise operirten Fälle genasen alle, trotzdem der erste von diesen (No. 3. im Original) als ein sehr schwerer zu bezeichnen ist, da nach Berstung der Cyste an einer fast pulslosen Person operirt wurde. — Mit Recht dürfen wir diese Arbeit als einen höchst werthvollen Beitrag zu der sich von Jahr zu Jahr mehr vervollkommnenden Technik der Ovariotomie begrüssen.

Benicke (Berlin).

---

v. **Basch** und **Hofmann**. Untersuchungen über die Innervation des Uterus und seiner Gefässe.

(Wiener med. Jahrb. 1877. Hft. 4.)

Die Verff. kommen nach zahlreichen, an Hunden angestellten Experimenten zum Schluss, dass der Uterus seine motorischen Fasern von 2 Seiten aus erhält: einmal durch die vom Ganglion mesentericum posterius kommenden Nn. hypogastrici, dann durch Nervenfasern, welche aus dem Plexus sacralis stammen. Bekanntlich hat Spiegelberg den Nn. hypogastricis, Frankenhäuser den Sacralnerven jede Bedeutung in motorischer Beziehung abgesprochen. Nach den Untersuchungen der Verff. liess sich in der Wirkungsweise der beiden Nervengruppen ein entschiedener Antagonismus feststellen. Reizten sie die Nn. hypogastrici elektrisch, so entstanden Contractionen der Ringmuskulatur, der Cervix trat mehr in die Vagina hinab, der Muttermund öffnete sich. Bei der isolirten Reizung der Sacralnerven wurde die Längsmuskulatur in Contraction versetzt, der Uterus verkürzt und der Muttermund blieb geschlossen. Reflectorisch bei Unterbrechung der Athmung oder bei Reizung des Ischiadicus trat meist eine überwiegende Wirkung der Nn. hypogastrici ein. Ferner wurde festgestellt, dass die Gefässe des Uterus ihre Nerven auf denselben Bahnen erhalten, wie die Muskulatur: und zwar führen die Nn. hypogastrici die gefässverengernden, die Nn. sacrales die gefässerweiternden Fasern, welcheebenfalls reflectorisch durch Reizung des Ischiadicus angesprochen werden können.

Hack (Freiburg i/Br.).

Skene. Cicatrices of the cervix uteri and vaginae.

(Transact. of the Americ. Gynäc. Soc. 1876. p. 91—100.)

Nach Aufzählung der vielfachen Beschwerden, zu denen Narben des Mutterhalses und der Scheide Veranlassung geben können, wird in erster Linie gerathen ihrer Bildung zuvorzukommen, indem

man die bei der Geburt entstandenen Risse sofort durch die Naht vereinigt und bei der Application der Caustica an den Scheidentheil sowie bei der Amputation des letzteren mit der grössten Sorgfalt verfährt.

Bei ihrer Behandlung gilt es die Empfindlichkeit der narbigen Partien herabzusetzen, Verziehungen zuvorzukommen und Formabweichungen zu corrigiren. Nur selten aber, wo es zulässig ist, am promptesten wird diesen Indicationen durch völlige Entfernung der ganzen Narbe mit nachfolgender Nahtvereinigung des gesunden Gewebes entsprochen. Stets ist hierbei erforderlich, dass die Narbe auf dem darunterliegenden Gewebe verschiebbar ist. Wo die Excision der Narbe nicht ausführbar erscheint, kann man die Narbenverkürzung verhindern durch Einschnitte mit nachfolgender Auseinanderhaltung derselben durch Tampon oder Pessarium.

Narben, die den äussern Muttermund rund umgeben, sollen seitlich incidirt werden und dann soll man einen kurzen Laminariastift in den Cervicalcanal einlegen. — Nach Durchschneidung der Scheidennarben empfiehlt sich nach S. meistens die Einlegung von Sims' Glasdilatator oder auch von carbolisirter Ulmenrinde, die eine sehr allmälige Erweiterung bewirkt. Wo es sich um keinerlei deformirenden Einfluss, sondern nur um die grössere Empfindlichkeit der Narbenpartie handelt, verschaffen auch mehrfache Einschnitte für sich schon bedeutende Erleichterung.

Die angeführte Casuistik bietet nichts Besonderes. — In der Discussion erinnert Emmet an den Satz, dass der Arzt in demselben Maasse Uterinkrankheiten mit Erfolg behandelt, in welchem er das Hinterlassen von Narbengewebe zu vermeiden oder auf ein Minimum einzuschränken versteht. **Löhlein** (Berlin).

Aimé-Martin. Hypertrophie exulcérative syphilitique du col de l'utérus.

(Annales de Gyn. 1877. Nov. p. 321—329.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Erkrankung des Coll. uteri, die er bei 100 Syphilitischen 48 Mal beobachtet hat. Dieselbe zeigt grosse Aehnlichkeit mit der indolenten Schwellung der Tonsillen bei Luetischen, mit der sie in 31 Fällen gleichzeitig bestand. Sie zeigt ein Stadium der Hyperthrophie und ein zweites der Ulceration. Im ersten bemerkt man beträchtliche Schwellung des Gebärmutterhalses (von 22 mm Durchmesser auf 40 mm) ohne Empfindlichkeit und blaurothe Färbung der Schleimhaut. Die Ulceration wird als ganz oberflächliche, glatte Epithelabschilferung beschrieben (also einfache Erosion!), die gewöhnlich beide Lippen befällt und mit geringer Eiterabsonderung verbunden ist.

Die Krankheit tritt durchschnittlich 58 Tage nach der primären Eruption auf, manchmal mit einem geringen syphilitischen Fieberanfall. Sie ist niemals mit entzündlichen Vorgängen am Uterus oder den Ovarien verknüpft und verschwindet unter antisyphilitischer Be-

handlung (Sublimat) nach 4—5 Wochen, während die rein locale Behandlung wirkungslos ist. — Im Stadium der Ulceration soll die Affection contagiös sein. — **Löhlein** (Berlin).

C. Reyher. Zur Behandlung der penetrirenden Knieschüsse.

(St. Petersb. med. Wochenschr. 1878. No. 8. p. 65.)

Verf. berichtet über 81 Fälle, die er in 3 Gruppen sondert. Von 18 primär antiseptisch Behandelten sind 10 mit einfacher antiseptischer Occlusion ohne vorhergegangene Exploration unter dem Schorf geheilt. 6 Mal waren Eingriffe nöthig mit Auswaschung und primärer Drainage, von diesen starben 3, einer am 4. Tag wegen Blutung aus der Art. und Ven. poplitea, einer am 2. Tag durch Fettembolie. In 2 Fällen musste die einfache Occlusion nachträglich mit Auswaschung und Drainage vertauscht werden; diese sind geheilt. Die Mortalitätsprocente für diese 18 Fälle betragen somit 16,5. Wichtig ist dem Verf., dass beim Ausspritzen die Schusswunde nicht erweitert wird, damit die Mündung der Spritze von den Rändern fest umschlossen und das Gelenk bis zum Maximum angefüllt wird. Die Vertheilung der Carbollösung ($2^1/_2$—5%) geschieht sodann durch Flexions- und Extensionsbewegungen. — 40 weitere Fälle kamen erst nach nichtantiseptischer Exploration oder im entzündlichen und suppurativen Stadium zur antiseptischen Behandlung. Von ihnen sind 34 letal verlaufen (85%), 21 wurden nachträglich amputirt mit 16 †; bei solchen, die im Primärstadium eingebracht wurden, hielt die Antisepsis in den ersten Zeiten an, später trat Eiterung ein und nach der Amputation oder bei der Section zeigten sich Knochenfissuren, für welche die Auswaschung nicht zureichend gewesen war. Eine ausgedehnte Eröffnung wie bei Totalresectionen hält Verf. aber auch für diese Fälle nicht für zweckmässig, da wohl genügende Auswaschung, aber nur unvollkommene Drainage möglich wird. Die im entzündlichen Stadium Eingebrachten lieferten am meisten Sepsis. — Endlich sind 23 Knieschüsse (davon 21 mit Eiterung eingebracht) gar nicht antiseptisch behandelt worden; 2 spontan Occludirte heilten aus. Im ganzen sind 18 gestorben (78,2%), 13 kamen zur Amputation (mit 11 †, 2 noch nicht geheilt). Verf. betont, dass für die zweite Gruppe es namentlich an genügender Drainirung fehlte, besonders was die hinteren Kniegelenktaschen betrifft, von denen aus so leicht Eitersenkungen zur Wade entstehen. Er hat es in mehreren Fällen mit queren seitlich hinteren Incisionen versucht, theils beiderseitig, theils nur an der Fibularseite, dabei müssen die Sehnen möglichst geschont und für die Drains Furchen in dem Knochen oder durch Excision eines Meniscus Spalten geschaffen werden, auch ist leichte Flexionsstellung nöthig, damit die Kapsel und die Sehnen die Drainröhre nicht comprimiren. Der Verlauf war bei den an sich schlimmen Fällen meist ungünstig, doch möchte Verf. zu weiteren Versuchen auffordern.

Mögling (Schwenningen).

Kleinere Mittheilungen.

Marchand. Ueber Tuberkulose der Körpermuskeln.

(Virch. Arch. Bd. LXXII. p. 142.)

Bei der Section eines 24jährigen Strafgefangenen, der an acuter Coxitis gelitten hatte, zeigten sich sämmtliche Muskeln in der Nähe des erkrankten Gelenkes von zahlreichen runden Knötchen durchsetzt, die grösstentheils gelb käsig waren. Die meisten — Miliartuberkel — waren in der nächsten Umgebung kleiner Arterien entwickelt. Ausserdem Miliartuberkulose der Lungen, Milz, Nieren und besonders stark der Lymphdrüsen in der Gegend der Hüfte.

Madelung (Bonn).

Greve. Ein Fall von Schwanzbildung beim Menschen.

(Virch. Arch. Bd. LXXII. p. 129.)

Bei einem neugebornen Knaben wurde eine Entwickelung des Steissbeins zu einem $7^1/_2$ cm langen förmlichen Schwanz beobachtet. Derselbe soll bei Berührung mit einer Nadelspitze etwas Bewegung gezeigt haben. 8 Wochen nach der Geburt wurde derselbe operativ entfernt. — Abbildung nach Photographie. —

Madelung (Bonn).

C. Ellis. Osteomalacie in a man.

(Bost. med. and surg. Journ. 1878. Vol. I. p. 5.)

Der 50jährige Mann bekam vor einem Jahre unter Erscheinungen bedeutender Schwäche, die ihn 4 Wochen an's Bett fesselte, Athembeschwerden. Nachher blieb Pat. noch längere Zeit schwach und konnte nur kurze Zeit gehen. 6 Monate später empfand er beim Vornüberbiegen der Brust ein hörbares Knacken in der Wirbelsäule und brach unter lebhafter Schmerzensäusserung zusammen. Seitdem persistirten die Rückenschmerzen dauernd. Erst nach längerer Zeit konnte Pat. wieder, mit Unterstützung beider Arme, sich kurze Zeit in aufrechter Stellung halten und vorübergehend mit Unterstützung gehen. Der Stuhlgang war bis zu 10 Tagen angehalten, sehr schmerzhaft, die Athmung blieb erschwert. Gelegentlich, beim Erheben des Beines erfolgte eine schmerzhafte Infraction. Unter allmäligem Nachlass der Kräfte erfolgte der Tod. Section. Hypostatische Pneumonie, Hypertrophie des Herzens; Rippen und Brustbein erweicht mit rother pulpöser Masse erfüllt, ebenso die leicht zersägbaren Wirbel. (Andere Knochen wurden nicht untersucht.) Mit Zugrundelegung dieser mangelhaften Section will Verf. den Fall als Osteomalacie ansprechen, da trotz der fehlenden Blutuntersuchung der Fall ihm nicht zur Leucämie zu gehören scheint. **Pils** (Stettin).

Lelion. Note sur un cas de dacryocistite chez un nouveau-né.

(Journ. de méd. et de chir. pratiques Bd. XLVIII. 1877. p. 260.)

L. beobachtete bei einem Neugeborenen weiblichen Geschlechtes einen Tag nach der Geburt eine Geschwulst unter dem inneren Winkel des rechten Auges, über der die Haut etwas geröthet war. Durch Druck auf dieselbe flacht sich die Geschwulst ab, zugleich entleerte sich zwischen den Augenlidern eine schleimige, missfarbige Flüssigkeit; das betreffende Nasenloch war trockner, als das linke. Nach 4—5 Tagen wurde die aus der Geschwulst herausgedrückte Flüssigkeit eiterig, die Conjunctiva röthete sich und schrie das Kind, sobald man die Geschwulst berührte. Einträufelungen einer schwachen Höllensteinsolution milderten die Entzündung der Conjunctiva, als nach etwa 8 Tagen ein heftiges Niesen auftrat, das durch Einfluss des Eiters durch den Thränennasencanal in die Nasenhöhle hervorgerufen wurde. Seitdem schwand die Geschwulst und die Augenentzündung.

Boeters (Berlin).

Smigradski. Die histologischen Veränderungen bei Encephalitis corticalis traumatica.

Inaug.-Diss. St. Petersburg 1877.

An trepanirten Hunden entfernte Verf. kleinere oder grössere Stücke der Corticalis. Nach erfolgter Verheilung der Wunde ergab die untersuchte Gehirnsub-

stanz nie vor 9 Monaten Narbenbildung. Daraufhin findet Verf. es sehr wahrscheinlich, dass die Heilung von Wunden der corticalen Substanz stets durch Narbenbildung aus neugebildetem Bindegewebe zu Stande kommt, welches seine Entstehung den aus den Gefässen ausgewanderten weissen Blutkörperchen verdanken soll, zum Theil wohl auch dem Gefässendothel. Ein Theil der emigrirten Blutkörperchen degenerirt in grössere körnige Zellen und Kugeln, die sich den Gefässen anlagern. Die grössten Conglomerate derselben findet man an den Stellen der stärksten entzündlichen Reaction. Ein Theil derselben zerfällt und wird resorbirt; ein anderer verliert allmälig seine runde Form, wird oval, spindelförmig, bekommt das Ansehen von kleinen Fäserchen, welche sich zu wellenförmigen Büscheln zusammenfügen und die Narbe bilden. — Andere Elemente der Corticalsubstanz haben keinen Antheil an der Narbenbildung. **W. Grube** (Charkow).

J. Bell. Case of injury of the brain presenting certain anomalous symptoms.

(Edinb. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 682.)

Ein 24jähr. Mann, welcher in der Trunkenheit einen Schlag gegen das linke Auge und die Nase erhielt, fiel sogleich um und erbrach später. Im Hospitale lag er halb comatös da, kam auf lautes Anrufen zu sich, streckte auf Verlangen die Zunge heraus, gab aber unverständige Antworten. Die Pupillen sind gleich, reagiren gut auf Lichtreiz, Puls 61, keine Zeichen einer Basisfractur. In den nächsten 14 Tagen wurde der Zustand langsam schlechter, die linke Pupille reagirte wenig, wurde unregelmässig, Ptosis des linken oberen Augenlides trat ein, Puls 56—78. Ableitung am Hinterkopfe durch Blasenpflaster; langsame Besserung. Am 26. Tage ist die Ptosis geschwunden, ebenso die Schlafsucht und das Unvermögen über die Sphincteres vesicae und recti. Pat. nimmt Notiz von der Umgebung, kann Arme und Beine bewegen; die Pupillen sind wieder gleich, aber es besteht am linken Auge Strabismus, Retinitis und Glaskörpertrübung; die Sehschärfe ist für die Nähe und Ferne beträchtlich herabgesetzt. Als Pat. zu gehen anfing, spreizte er eigenthümlich die Beine, hat aber Festigkeit im Stehen und Gehen. Später blieb nur eine gewisse Schwerfälligkeit beim Sprechen als Folge des Unfalls zurück. **Pilz** (Stettin).

Weinlechner. Intrabuccale Resection des N. inframaxillaris dextr.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 46.)

W. resecirte den N. inframaxillaris und lingualis nach der Methode von Paravicini. Es erfolgte Heilung von den Schmerzen und sensitive Lähmung an der Aussenseite des Unterkiefers, am innern unteren Theile der Backe, am Boden der Mundhöhle und rechten Zungenhälfte, sowie Fehlen der Geschmacksempfindung an letzterer. **v. Mosengeil** (Bonn).

Freudenberg. Ueber das Vorkommen eines ungewöhnlich grossen Speichelsteines.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 48.)

Verf. entfernte aus dem Ausführungsgang der Sublingualdrüse einen 3,5 cm langen und an der Basis 1,5 cm dicken Speichelstein, welcher seit 6 Monaten schon seine Existenz durch Herausragen aus dem Canal in die Mundhöhle manifestirt und die untere Seite der Zunge entzündlich gereizt hatte.

v. Mosengeil (Bonn).

Beschorner. Ueber Epiglottiscysten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 42.)

Epiglottiscysten kommen sehr selten vor, und verschwinden unter Umständen spontan, wie ein citirter Fall beweist. Ferner wird über einen andern Fall berichtet, in welchem zufällig ein etwa kirschgrosses Kystom der Epiglottis von B. entdeckt wurde, welches dem Patienten nicht die geringste Beschwerde verursacht

hatte. Die Cyste war mit den Fingern leicht zu erreichen, gab bei Berührung das Gefühl der Fluctuation und konnte bei vorgezogener Zunge direct gesehen werden. Die Cyste platzte spontan, wohl durch feste Speisereste geritzt, entleerte allmälig ihren Inhalt und verschwand vollkommen.

v. Mosengeil (Bonn).

O. Völker. Einseitige Halswirbelluxation durch Muskelzug.

(Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. VIII. p. 289.)

Ein Arbeiter verspürte beim Ankleiden plötzlich ein Knacken im Halse, und konnte seitdem seinen schiefstehenden Kopf nicht mehr gerade richten; er fühlte einen schmerzhaften Krampf in der Halsmuskulatur, und eine beträchtliche Anschwellung an der rechten Seite des Nackens. Am nächsten Tage fand man blos eine geringe Anschwellung, aber den rechten Seitenfortsatz des 5. Halswirbels aussergewöhnlich prominent. Nach all' dem vermuthete V. eine Luxation dieses Wirbels durch Muskelzug. Der von Richet angegebene Controlversuch der Einrichtung bestätigte die Diagnose. Der Kopf wurde stark nach links gebeugt und in dieser Stellung rasch nach rechts rotirt; es erfolgte ein Knacken, der Kopf stand gerade, und konnte wieder, wie früher, bewegt werden.

Wölfler (Wien).

Barwell. Two cases of successful operation for aneurism of the innominate.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 277.)

Die 27jährige Person hatte im 14. Jahre einen Gelenkrheumatismus ohne nachfolgende Veränderung am Herzen durchgemacht; vor einem Jahre trat Herzklopfen und Kurzathmigkeit auf, ebenso Schmerz im Brustbeine, der nach dem Essen stärker wurde. Später erschien abnorme Pulsation über dem rechten Schlüsselbeine und in der Carotisgegend. Absolute Ruhe besserte den Allgemeinzustand; mit Aufnahme der Thätigkeit traten dieselben Beschwerden wieder ein. Jetzt besteht ein deutliches Aneurysma der Innom. Ligatur der Carot. und Subcl. in Narkose unter antiseptischen Cautelen. Am folgenden Tage heftige Kopfschmerzen, Finger der rechten Hand etwas taub, nach 4 Tagen ist der rechte Radialpuls schwach zu fühlen, aber kein Puls in der rechten Brachialis und Temporalis. Heilung der Wunden in 14 Tagen. In der 3. Woche erscheint das Aneurysma consolidirt und die Pat. in jeder Hinsicht wohl.

Der 2. Fall betrifft eine 37jähr. Wittwe, die vor 2 Jahren bei schwerer Arbeit plötzlich einen heftigen Schmerz im Rücken fühlte und seitdem leicht ausser Athem kommt. Seit 1/4 Jahr traten heftige durchschiessende Schmerzen in der rechten Brustseite auf mit Husten, Kurzathmigkeit, Schwindel. In der letzten Zeit zeigte sich eine pulsirende Schwellung in der Gegend der Innom., die Radialpulse sind gleich. Ligatur der r. Carotis und Subclavia; am nächsten Tage besteht noch Puls im Aneurysma und heftiger Kopfschmerz. Innerhalb 1 Woche Heilung der Wunde, Taubheit im rechten Arme, Tumor verkleinert. Nach 3 Monaten schien das Aneurysma consolidirt, aber die Pulsation über der rechten Brust persistirte in der anscheinend dilatirten Aorta.

Pilz (Stettin).

J. Rogowicz. Ein Fall von Gebärmutterkrebs mit gleichzeitiger Induration der linken Brustdrüse etc.

(Medycyna 1877. No. 47 und 48; polnisch.)

Patientin, 46 Jahr alt, hochgradig anämisch, leidet seit Monaten an Gebärmutterblutungen; hat 2 Mal geboren, das letzte Mal vor 15 Jahren. — Die Vaginalportion von der Grösse einer Wallnuss, exulcerirt und leicht blutend; an der linken Mamma eine knorpelharte Geschwulst von Citronengrösse; eine Drüse in der Achselhöhle von Wallnussgrösse und bedeutender Härte. — Application von ferrum candens auf die Vaginalportion. Am dritten Tage Peritonitis und Nephritis, weshalb Calomel (0,15 dreistündlich) neben Eispillen und 15 Schröpfköpfen verordnet wurde. Die Symptome der Bauchfellentzündung liessen zwar nach, doch stellte sich bedeutende Salivation und Stomatitis mercurialis ein. Trotzdem konnte

Patientin nach 3 Wochen nach Hause entlassen werden. — 15 Monate später wird Pat. zum zweiten Male von R. untersucht und eine Fistula vesico-uterina gefunden, die nach Aussage der Pat. $1/2$ Jahr nach der Operation entstanden war. Von dem harten Tumor an der linken Brustdrüse war gar nichts zu sehen. Dagegen fand sich ein solcher an der rechten Brustdrüse von Hühnereigrösse. — R. ist geneigt dieses Verschwinden der Geschwulst der Salivation zuzuschreiben und glaubt, dass in geeigneten Fällen Versuche mit Pilocarpinum muriaticum anzustellen wären.

Obalinski (Krakau).

R. Wharton. Foreign body in the bladder removed by median operation; Recovery.

(Philad. med. Times 1877. December 8. No. 262. p. 106.)

Bei dem 17jährigen an Pneumonie leidenden Patienten musste der Katheter applicirt werden; letzterer bestand aus 2 Stücken, das vordere etwa 6" lange blieb in der Blase stecken. Behufs Entfernung musste der Medianschnitt gemacht werden. Dabei zeigte es sich, dass das eine Ende des Katheterstücks hinter dem os pubis dext. fixirt, das andere gegen die hintere Blasenwand gelagert war. Erst nachdem dasselbe mittelst der Knochenzange in der Mitte durchtrennt war, gelang die Extraction leicht. Heilung in etwa 1 Monat.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

E. B. Chapin (Carbondale). Fall eines $5^1/_2$ Unzen schweren, oxalsauren Blasensteines. Glückliche Entfernung durch Seitensteinschnitt.

(The Americ. Journ. of med. scienc. 1877. Oct. Art. XIX.)

48jähr. Neger hatte Symptome von Blasengries seit dem 8. Jahre. Von Zeit zu Zeit heftige Schmerzen. In den letzten 10—12 Jahren konnte Pat. den Urin nur noch 1—2 Stunden halten und in den letzten Monaten war die Empfindlichkeit des Blasenhalses so gross geworden, dass der Kranke bei Tag und Nacht keine Ruhe hatte. Dabei bestanden Hämorrhoidalknoten und Prolaps der Rectalschleimhaut. Untersuchung des Urins ergab Beimengung von Blut, Eiter und Schleim. Die Sonde stiess auf einen Stein von mindestens Orangengrösse. Lateralschnitt 1. Mai 1877. Stein in toto entfernt. Nachbehandlung wie gewöhnlich. Vollständige Heilung nach ca. 2 Monaten.

Der Stein war ein sogenannter Maulbeerstein von ausserordentlicher Grösse. Umfang $7^1/_4$ Zoll in der Quere, $8^1/_4$ Zoll in der Länge gemessen. Gewicht $5^1/_2$ Unzen. Er bestand fast ausschliesslich aus oxalsaurem Kalk und hatte ein specif. Gewicht von 1,836. Seine Härte glich der des Marmor. Oberfläche weniger rauh, als gewöhnlich. Farbe hellgrau. Zu seiner Entfernung hatte ein 3 Zoll langer Einschnitt gemacht werden müssen. **H. Lossen** (Heidelberg).

J. Kaczander. Ueber angeborenen Radiusmangel.

(Virch. Arch. LXXI. p. 409.)

Ein reif gewordener, todtgeborener Knabe, der mannigfaltige Missbildungen wie z. B. Defect im Septum ventricul. cordis, Spaltung der linken Oberlippe, Daumenmangel an der rechten Hand zeigte, hatte linksseitig einen auffallend kurzen Vorderarm, an dessen Ulnarseite die Hand ohne Daumen befestigt war, so dass die Längsaxe derselben mit der des Vorderarms einen rechten Winkel bildete. Aus der ausführlichen Beschreibung aller Theile der missbildeten Extremität heben wir hervor. Am Oberarmknochen fehlt der Sulcus intertubercularis. Am untern Gelenkende ist der Condyl. extern. mächtiger, als der innere. Beide sind einander sehr nahe gerückt. Die Rolle ist verkümmert, ihre laterale Gelenkfläche breiter und kürzer, als die mediale, überragt diese nach vorn und unten; die Eminentia capitata fehlt. Die Flexion im Ellenbogengelenk war beschränkt, indem die dem Olecranon entsprechende Hälfte der Cavitas sigmoidea in einen stark hervorragenden convexen Höcker verwandelt, sich an eine scharfe Ecke der Rolle anstemmt. Die Cavitas lunata minor ulnae fehlt, ebenso der Processus styloideus. Die Hand steht mit der Ulna in Verbindung durch Bandmasse zwischen Os triquetrum und

Ulna, und durch das Os lunatum mittelst lockerer Bandmasse. Os scaphoideum und multangulum majus fehlen. Die vordere Muskelgruppe des Oberarms ist auf den M. brachialis int., den kurzen Bicepskopf und den Coraco-brachialis reducirt. In der Ellenbogengegend erstreckt sich ein anomaler Muskel von einem Condylus zum andern. Von den am Condyl. int., entspringenden Muskeln ist nur der Ulnaris intern. vorhanden, von den tiefer entspringenden Vorderarmmuskeln der Palmarseite nur der Flexor digitor. sublimis und profundus.

Madelung (Bonn).

Bryant. Anchylosis of both hips, subcutaneous division of the femora with the chisel; pyaemie; death.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 917.)

Im Anschluss an die 4 Fälle von Hüftgelenksankylosen, operirt nach Adams' Methode, berichtet B. nachträglich über folgenden Fall. Ein jetzt kachektisch aussehender 17jähriger Knabe wurde vor 3 Jahren von andern Knaben misshandelt; bald darauf bekam er Schmerzen im linken Knie, es bildete sich hier ein Fistelgang, ebenso später an dem andern Knie, an beiden Hüftgelenken und dem Kreuzbein. Die Fisteln heilten langsam aus; Pat. konnte seitdem nur mittelst Krücken sich fortbewegen. Jetzt sind beide Oberschenkel ankylotisch, der linke ist adducirt nach innen rotirt, der rechte abducirt nach aussen rotirt; der Neigungswinkel beträgt 97°, im unteren Drittel des linken Oberschenkels besteht bedeutende Auftreibung (Nekrosis?). Da die Schenkelhälse zerstört waren, so benutzte B. zur Durchtrennung der Oberschenkel den Meissel. Die Operation selbst dauerte jederseits 3 Minuten, Streckung der Beine, Lagerung auf Bryant's doppelter Extensionsschiene. In 16 Tagen waren die Operationsstellen geheilt, aber es trat Decubitus auf, Fieber und eine alte Fistel am rechten Oberschenkel brach wieder auf und entleerte dünnen Eiter. Am 36. Tage nach der Operation erfolgte der Tod durch Pyämie.

Section. Kreuzbein blossgelegt, mit schmutzig braunen Massen bedeckt, durchtränkt mit stinkendem Eiter, ebenso die anliegenden Gewebe; frischer Fibrinbeschlag auf den Pleuren; die Lungen enthielten zahlreiche Abscesse; ein Abscess am freien Rande der vergrösserten Milz war geborsten; Peritonitis. Die Enden der Oberschenkel waren nicht gesplittert; im unteren Drittel des linken Oberschenkels lag nekrotischer Knochen. **Pilz** (Stettin).

Cornish. Rapid cure of a case of aneurism of the anterior tibial by Esmarch's bandage.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 255.)

Ein 22jähr. Mann verletzte sich mittelst einer Sense in der Mitte der Aussenseite des Unterschenkels. Heftige Blutung; Heilung bei einmonatlicher Ruhe. Als er anfing aufzutreten, fiel der Fuss immer zur Aussenseite. Die Untersuchung ergiebt ein normales Fussgelenk, Pat. kann aber den Fuss an der Aussenseite nicht erheben. Unter der Narbe fühlt man in der Tiefe eine hühnereigrosse pulsirende Geschwulst, die ein deutliches Geräusch darbietet. Nach Th. Ssmith's Vorgang wickelt C. das Bein von den Zehen an mit Flanellbinden ein, führt von den Zehen mit Freilassung des Aneurysmas eine elastische Binde bis zur Mitte des Oberschenkels und schliesst hier mit Esmarch's Schlauch circulär ab. In 40 Minuten macht sich Prickeln in den Füssen bemerkbar und es wird, nach 1 Stunde, nach Befestigung eines Tourniquets an der Femoralis Schlauch und Binde entfernt. Das Aneurysma ist pulslos (Chloralhydrat). Nach 3 Stunden wird das Tourniquet etwas gelockert, $1^1/_2$ Stunde später etwas mehr; 6 Stunden 40 Minuten nach seiner Anlegung ganz entfernt. Das Aneurysma blieb dauernd pulslos. Nach 3 Wochen konnte Pat. gut auftreten und den Fuss in jeder Richtung bewegen.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die **Verlagshandlung** *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. Dr. M. Schede, in Berlin. Dr. H. Tillmanns in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 19. **Sonnabend, den 11. Mai.** **1878.**

J. **Mikulicz.** Ueber die Beziehungen des Glycerins zu Coccobacteria septica und zur septischen Infection.

(Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 2. 1878.)

M. führt an, dass das Glycerin in der Chirurgie als ein gutes Antisepticum zum Wundverbande benutzt wurde, auf der andern Seite aber die Eigenschaft hat, gewisse pathogene Stoffe so zu conserviren, dass sie ihre giftigen Wirkungen noch nach Monaten ausüben. Er suchte diese Widersprüche zu lösen, indem er untersuchte, welcher Procentsatz des Glycerins nöthig sei, um die Entwicklung von Bacterien in guten Nährflüssigkeiten zu verhindern und unter welchen Bedingungen diese kleinsten Organismen in Glycerinlösungen ihre Lebensfähigkeit bewahren. — Als feststehend nimmt M. an, dass Glycerin eine Reihe von Eiweisskörpern und deren Derivate, selbst wenn sie sehr labiler Natur sind, zu fixiren vermag.

Als Nährflüssigkeit wurde Ochsenblut, mit gleichen Theilen Brunnenwasser verdünnt, benutzt; in diesem geht die Entwicklung von Fäulniss und Fäulnissbacterien sehr schnell vor sich, schon nach 12 Stunden treten die ersten Bacterien auf.

Durch eine erste Versuchsreihe wurde festgestellt, dass bei einem Zusatz von 2—10 % Glycerin der Anfang des Fäulnissprocesses verzögert wird: die Verzögerung dauert im Brutofen bei 2 % wenige Stunden, bei 10 % fast 48 Stunden, bei Zimmertemperatur bei 2 % einen Tag, bei 10 % fünf Tage. — Ein Zusatz von 12—15 % Glycerin verzögert nicht allein das Eintreten der Fäulniss viel länger, sondern verlangsamt auch den Process in seinem weiteren Verlaufe, es kommt nur zu einer unvollkommenen Entwicklung von Fäulnissorganismen. — Ein Zusatz von 20 % Glycerin verhindert die Entwicklung von Bacterien und damit die gewöhnliche Fäulniss vollständig. Von Interesse ist hierbei noch, dass die Entwicklung von Schimmelpilzen selbst bei 22 % Zusatz sehr gut vor sich gehen kann.

Durch eine zweite Versuchsreihe wurden dann die Bedingungen festgestellt, unter welchen Glycerin die Vegetationsformen der Coccobacterien tödtet. Es stellte sich dabei heraus, dass dieses erstens vom Procentgehalt und zweitens von der Temperatur der Glycerinmischung abhängt. Zwischen 50—95 % Glyceringehalt bleibt die Wirkung annähernd gleich und tritt bei 50° C. in 2—3 Stunden ein, bei 40° C. in 12 Stunden, bei 30° C. in 7 Tagen und bei Zimmertemperatur in 5—7 Wochen. Die Wirkung ist unter 50 % schwächer und hört bei 30 % auf. Wasserfreies Glycerin ist viel wirksamer und zwar bei Zimmertemperatur schon in weniger als 48 Stunden.

Es wurde bei diesen Versuchen ferner noch das wichtige Factum gefunden, dass Dauersporen, welche zur Aufkeimung in Pasteur's Lösung mehr als 24 Stunden brauchten, der Einwirkung des Glycerins noch einmal so lange widerstanden, als die übrigen Formen der Coccobacterien.

Bei Versuchen, die dann M. über die septische Infection anstellte, benutzte er aus Gründen, die im Original nachzulesen sind, fast ausschliesslich die subcutane Methode. Die Versuchsthiere wurden sorgfältig beobachtet und dadurch die Trugschlüsse durch zufällige d. h. nicht mit dem Experiment in Verbindung stehende Todesfälle vermieden. In der Regel wurde 1 ccm der Flüssigkeit auf 1000 g Körpergewicht injicirt.

Indem wir wegen der sehr interessanten Einzelheiten wiederholt auf das Original verweisen, heben wir hier hervor, dass M. fand: Es giebt Fäulnissflüssigkeiten, welche, in der angegebenen Dosis subcutan injicirt, Kaninchen unter acuten septischen Erscheinungen in kürzester Zeit tödten. Die Ursache der Erkrankung ist in dem localen Herde zu suchen. Hier tritt eine giftige chemische Verbindung auf, welche phlogogen und pyrogen wirkt, ferner sind vorhanden die lebenden Formen der Coccobacterien, welche das Fortschreiten des Processes bis zum Tode bedingen. Durch den Reiz des Giftes wird ein seröses Exsudat in das Unterhaut-

zellgewebe gesetzt; dieses ist ein günstiger Boden für die Weiterentwickelung der miteinverleibten Organismen; sie entwickeln sich rapid weiter. Hierbei zersetzen sie das seröse Exsudat und bilden nun im Organismus von Neuem denselben Giftstoff, welchen sie früher ausserhalb des Organismus im faulenden Blute erzeugt haben. — Das Gift wird so am und im Infectionsherde neu gebildet, und durch die beständige Resorption desselben gehen die Thiere zu Grunde.

Das von den Bacterien producirte chemische Gift ist im Glycerin löslich und auch lange Zeit hindurch conservirbar. Seine vorübergehende Wirkung auf den Organismus kann man hervorrufen, wenn man Glycerinfiltrate oder Glycerinmischungen mit abgestorbenen Fäulnissbacterien injicirt. — Es ist wohl denkbar, dass sich dieses Gift in faulenden Flüssigkeiten in hinreichender Menge anhäuft, um schon durch seine einmalige Einwirkung den Organismus zu tödten; doch ist es M. nicht gelungen, solche Glycerinfiltrate zu erhalten.

Für die Praxis ergiebt sich aus des Verf's. Versuchen, dass bei dauerndem und vollständigem Contact einer frischen Wundfläche mit Glycerin sich Fäulnissprocesse nicht bilden würden. Ist aber das putride Gift gebildet, so vermag das Glycerin dasselbe nicht zu zerstören, sondern nimmt es in sich auf. Um die Vegetationsfähigkeit der Bacterien bei der Temperatur des menschlichen Körpers zu vernichten, würde es so langer Zeit und einer so bedeutenden Menge Glycerins bedürfen, dass es als antiseptisches Verbandmittel praktisch unbrauchbar wird.

Anhangsweise theilt Verf. noch zwei Versuche mit, aus denen hervorzugehen scheint, dass es in faulenden Flüssigkeiten noch ein septisches Gift giebt, welches in seiner Wirkung von dem gewöhnlichen verschieden ist und sich nicht in Glycerin conserviren lässt.

Maas (Freiburg i/Br.).

A. Weichselbaum. Die senilen Veränderungen der Gelenke und deren Zusammenhang mit der Arthritis deformans.

(Sitzungsberichte der k. k. Akad. der Wissenschaften III. Abth. Bd. LXXV. 1877.)

Verf. hatte Gelegenheit die senilen Veränderungen der Extremitätengelenke an einem sehr reichhaltigen Materiale (gegen 1000 Leichen) eingehend zu studiren. Wir heben aus der fleissigen Arbeit folgendes hervor.

Bezüglich der normalen Verhältnisse der Gelenke betont W. zunächst das Hinübergreifen der Synovialis über die Knorpelränder, welches im kindlichen Alter ganz besonders deutlich ist. Verf. gelang es stets bei Anwendung verschiedener Untersuchungsmethoden in Uebereinstimmung mit Schweigger-Seidel, His und dem Ref. ein Endothel an der Innenfläche der Synovialis nachzuweisen. An der Grenze der Synovialis finden sich eckige, fortsatzreiche Zellen, welche allmälig in die Knorpelzellen übergehen. Die Silberbehandlung kann W. mit dem Ref. nicht als eine passende Untersuchungsmethode für die Histologie der Gelenke betrachten, da sie oft miss-

lingt oder ganz fremdartige Bilder zu Tage fördert, wie sich besonders auch bezüglich der sogenannten keratoiden Formen Hüter's zeigt, die sich nicht als verzweigte Hohlräume, als Saftcanälchen, sondern als Zellen mit Kernen und Fortsätzen ergeben. Bezüglich des Baues, Vorkommens etc. der Zellen bestätigt Verf. frühere Mittheilungen, desgleichen hinsichtlich der Structur des Gelenkknorpels, dessen Grundsubstanz nach W. in Uebereinstimmung mit dem Ref. aus Fibrillen besteht, die äusserst fein und durch eine Kittsubstanz so dicht zusammengefügt sind, dass sie den optischen Eindruck des Homogenen und Structurlosen machen. —

Die senilen Veränderungen der Gelenke betreffen alle Constituenten der letzteren. Unter den gröberen Veränderungen des Gelenkknorpels sind die Zerfaserung und Zerklüftung mit der daran sich anschliessenden Bildung von Defecten (Ulcerirung oder Usurirung) bemerkenswerth. Die »Knorpelgeschwüre« können in jedem Stadium zur Ausheilung kommen, indem dieselben von knorpelartigem Gewebe, oder von Fortsätzen der Synovialis, oder vom Bindegewebe aus den Havers'schen oder Mark-Canälen überzogen werden. Die Auffaserung des Knorpels sah W. am häufigsten im Kniegelenk, dann im Schulter- und Hüftgelenk, in 3. Reihe im Ellbogen- und Metatarso-Phalangealgelenk der grossen Zehe u. s. w. — Eine weitere senile Veränderung des Knorpels besteht in der Dickenabnahme (Atrophie) und in der Umwandlung der milchweissen oder bläulichweissen Farbe in eine mehr graue oder graugelbe. — Die senilen Veränderungen der Synovialis und der fibrösen Kapsel sind theils progressiver, theils regressiver Natur. Zu den progressiven Veränderungen gehören die Wucherung der Synovialzellen, besonders an der Proliferationszone, die Vermehrung der Synovialzotten; die regressiven Vorgänge manifestiren sich als verschieden tiefgreifende Auffaserung des Synovialgewebes resp. der darunter liegenden fibrösen Kapsel, der Zwischenknorpel, der intraarticulären Ligamente und Sehnen. — Histologisch charakterisirt sich die Auffaserung des Knorpels im ersten Stadium durch das Auftreten von Zerklüftungslinien d. h. durch Auflösung der Kittsubstanz, worauf die Knorpelzellen zu wuchern anfangen. In derselben Weise kann auch die Zerfaserung des Knorpels in der Tiefe beginnen und gegen die Oberfläche vorschreiten. — Die Knorpelusur, d. h. die Resorption von Gelenkknorpel vollzieht sich in derselben typischen Weise wie die Knochenresorption. Die Urheber dieser Resorption sind in ähnlicher Weise, wie beim Knochenschwund, junge fortsatzreiche, manchmal vielkernige Zellen, welche von den Proliferationszellen der Synovialis abstammen und die W. aus Analogie mit den Osteoklasten Kölliker's als Chondroklasten bezeichnet (cfr. die Details im Original). Auch bei jüngeren Individuen wird unter physiologischen Verhältnissen der Knorpelrand durch Chondroklasten resorbirt und später wieder ganz oder theilweise durch neugebildeten Knorpel ersetzt.

Die Zellen des Knorpels zeigen als senile Veränderung fettige und amyloide Entartung, ferner Ablagerung von phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk in Zellen und Grundsubstanz. Unter den senilen Veränderungen der Synovialmembran und der fibrösen Kapsel hebt W. noch hervor die schon oben erwähnte Wucherung der Proliferationszellen, die amyloide Degeneration der Zellen und Grundsubstanz, die Vermehrung der Zotten, fettige Entartung der Endothelzellen u. s. w.; in den fibrösen Theilen der Gelenke, an der eigentlichen Kapsel, den Gelenkbändern, Zwischenknorpeln etc. wiederholen sich dieselben Vorgänge.

Die senilen Veränderungen der knöchernen Gelenkenden bestehen in regressivem Schwund des Knochengewebes, in progressiven Wucherungsvorgängen im Mark und Periost mit oder ohne consecutive Knochenneubildung.

Nach alledem betont W. zum Schluss den innigen Zusammenhang zwischen den senilen Gelenkveränderungen und der Arthritis deformans, erstere sind ein wichtiges disponirendes Moment für die Entwicklung der letzteren. Die Arthritis deformans stellt einen höheren Grad der einfachen senilen Veränderungen dar. Bei der polyarticulären Arthritis deformans überwiegen die Proliferationsvorgänge in der Synovialis, die Bildung von Chondroklasten und die damit zusammenhängende Resorption des Knorpels, bei der monoarticulären dagegen die übrigen senilen Veränderungen (Zerfaserung des Knorpels, der fibrösen Gelenktheile, die Neubildung von Knorpel- und Knochengewebe an den Rändern der Gelenkflächen und in der Kapsel, nebst Knorpel- und Knochenschwund an den übrigen Stellen). — **H. Tillmanns** (Leipzig).

F. Busch (Berlin). Ueber den Werth der Krappfütterung als Methode zur Erkennung der Anbildung neuer Knochensubstanz[1].

(Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 2. 1878.)

Nach einer eingehenden historischen Einleitung theilt B. fünf eigene Versuche mit, in welchen Hunden z. B. grössere Mengen der Krappwurzel bis zu 10 g täglich mit dem Futter gegeben wurden. Indem wir wegen der Färbungsphänomene an Knochen, welche künstlich in Entzündung versetzt waren, auf das Original verweisen, heben wir hervor, dass am Schädel die Crista, die Aussen- und Innenfläche des Proc. alveolaris des Oberkiefers und die untere Fläche des Palatum durum roth gefärbt waren. Am Unterkiefer war die Aussenfläche des Proc. coronoides und die äussere und innere Fläche des Proc. alveolaris; am Humerus die Insertion des M. deltoides; an den Vorderarmknochen die an der Rückseite herabsteigende Crista;

---

[1] Vortrag gehalten in der 2. Sitzung des VI. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, am 5. April 1877.

am Femur der Trochanter und die Linea aspera; an der Tibia die Umgebung der beiden Gelenkenden gefärbt; ausserdem die Wurzeln der Eckzähne und die Spongiosa fast sämmtlicher Knochen. B. nimmt an, dass diese roth gefärbten Theile sich während der Krappfütterung neugebildet haben; doch giebt Verf. bei Fütterung mit sehr grossen Dosen die Möglichkeit zu, dass auch alte Gewebspartien die Färbung annehmen. **Maas** (Freiburg i/Br.).

Th. Kocher. Zur Lehre von der Brucheinklemmung. Eine experimentell-klinische Studie.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. VIII. p. 331.)

Nach einem Versuche von Busch wird ein stenosirtes Darmstück undurchgängig, wenn man das eine Ende desselben rasch aufbläht. Die Undurchgängigkeit wird nach K.'s Versuchen dadurch zu Stande gebracht, dass bei der Aufblähung des einen Darmtheiles etwas von der Schleimhaut des nicht geblähten Darmstückes durch die stenosirte Stelle hinübergezogen wird, und die enge Stelle verlegt. Durch Zug an der Schleimhaut von der Seite des nicht gedehnten Darmtheiles aus kann die Durchgängigkeit wieder hergestellt werden. Die übrigen zur Erklärung der Brucheinklemmung benutzten Momente: Circuläre Constriction des Darmes (abgesehen von der elastischen Einklemmung), Einkeilung eines Netzstückes oder des Mesenteriums, Winkelstellung des Darmes (Kocher, Centralblatt f. Chirurgie 1875. No. 1), Blähung des zuführenden Schenkels der Darmschlinge (Lossen), Drehung des Darmes führen eine Stenose herbei; erst durch plötzliche Füllung der vorgefallenen Schlinge wird in der oben angeführten Weise der Darmverschluss zu Stande gebracht, und es entsteht eine Kotheinklemmung mit Irreponibilität des Bruches, wenn sowohl am abführenden als auch am zuführenden Schenkel der Darmschlinge der Verschluss erfolgt. K. machte eine Anzahl von Versuchen an lebenden Kaninchen, welche werthvolles Material zur Lösung der Frage von der Brucheinklemmung lieferten. Die Versuche waren mannigfaltig. Es wurde Lossen's Versuch nachgemacht, doch gelang es dabei nicht, den Druck so hoch zu steigern, dass der Inhalt der Darmschlinge nicht stets hätte durch die zuführenden Schenkel leicht verdrängt werden können. Die natürlichen Verhältnisse der Einklemmung wurden am meisten durch folgenden Versuch imitirt: Nach Eröffnung der Bauchhöhle unter antiseptischen Cautelen wurde eine hervorgezogene Darmschlinge durch ein entsprechend grosses Loch in einem Brettchen gezogen, dann das Ganze in die Bauchhöhle gebracht; nach einigen Tagen bekamen einige der Thiere stark blähende Nahrungsmittel, und es wurde auf diese Art eine Einklemmung erzielt, bei einigen anderen Thieren erfolgte die Incarceration bei gewöhnlicher Nahrung. Die Thiere starben im Durchschnitte etwa 3 Tage nach erfolgter Einklemmung und zwar war der Ort des Darmverschlusses bald im

abführenden bald im zuführenden Schenkel der Darmschlinge, bald in beiden. Bei der Deutung dieser Versuche stellt K. die Dehnung der Darmschlinge durch den Inhalt als Ursache der Undurchgängigkeit in den Vordergrund. In zweiter Reihe kommt die Aufhebung der Peristaltik des Darmes — auch durch länger dauernde Aufblähung bedingt — dann die Winkelstellung des einen Schenkels der Schlinge.

Die einfache Kothstauung hatte, auch ohne sehr enge Umschnürung des Darmes beträchtliche Störungen in der Blutcirculation der Hernie zur Folge. — Verf. theilt endlich 50 Fälle von Hernien bei Menschen mit, reich an interessantem Detail. Unter 46 Fällen waren 26 Schenkelhernien, 20 Leistenhernien. Von 21 Fällen, welche vor Ablauf von 24 Stunden zur Behandlung kamen, starben 2; von 7 Fällen, die am 2. Tage in Behandlung kamen, starb keiner; von den übrigen 16 Fällen starben 10.

Unter den Beobachtungen kommen auch Littre'sche Hernien vor und H. obturatoriae. —

Was die Taxis anbelangt, so empfiehlt K., seiner Anschauung von der Art des Darmverschlusses entsprechend, die Compression des Bruches unter Verhütung der Dehnung des Darmes vor der Bruchpforte, als die rationellste Methode. Gersuny (Wien).

H. A. Martin. On surgical uses of the strong elastic bandage other than haemostatic.

(Chicago med. Journ. and Examin. Vol. XXXV. 1877. No. 5. Nov.)

Verf. behandelt schon seit 25 Jahren die entzündlichen und geschwürigen Affectionen der Extremitäten in specie das varicöse Unterschenkelgeschwür vermittelst kunstgemässer Bandagirung der betreffenden Glieder mit Binden von reinem Kautschuk und will diesem Verfahren bezüglich des Erfolges kein anderes gleichgestellt wissen. Diese Binden sollen 3,20 m lang und 8 cm breit sein und die Dicke des Stoffes der No. 21 von Stub's Drahtmesser (american.) entsprechen. Das zur Verwendung gezogene Material muss der sogenannte Pure Rubber, auch best Para Rubber genannt, sein, ein mit minimalen Mengen Schwefel behandelter und bei seiner Bereitung nur ganz geringen Hitzegraden ausgesetzt gewesener Kautschuk. Der Bandagenstreifen bedarf des Ausschneidens mit einer Maschine, weil die geringste Kerbe im Rande zum baldigen Ein- und Durchreissen führt. Daher die Selbstanfertigung derselben unthunlich. Seine Bezugsquelle ist Metcalf & Co. 39 Tremont Str. Boston. Die Einwicklung wird Morgens im Bette vorgenommen und beginnt mit einer Tour um das Fussgelenk, welche sich alsdann um die Fusssohle herumlegend wiederum hinauf begiebt und nun in einer Spirale ohne Renversés und mit nur 2 cm breiter Deckung bis zum Kniegelenk geführt wird um hier mit 2 an die Binde befestigten Zwirnbändern von je 0,5 m Länge fixirt zu werden.

Der Pat. geht den Tag über seinen Geschäften nach und entfernt die Binde erst Abends im Bett. Die mit profusem Schweiss bedeckte Haut wird gereinigt und das Geschwür mit einer leinenen Schutzbinde bedeckt. Die elastische Binde wird mit einem feuchten Schwamm gesäubert. Haut wie Geschwür sollen sich nur sehr selten intolerant gegen die innige Berührung mit dem Kautschuk zeigen, in welchem Falle aber durch eine zuvor angelegte Leinenbinde Abhülfe geschafft wird. Etwaige Pusteln der ersten Tage werden, da sie auch unter der elastischen Einwicklung von selbst verschwinden, ignorirt. In den wenigen Fällen, wo Hautjucken auftritt, thut eine Theerseife gute Dienste. Oedem des Fusses erfolgt niemals bei zweckmässiger Application der Binde. Verf. rühmt, dass selbst ringförmige Beingeschwüre, bei deren schlimmsten er die Binde permanent tragen liess, in vergleichsweise sehr kurzer Zeit definitiv heilten, empfiehlt aber die Bandage auch noch für längere Zeit hinterher tragen zu lassen um Recidiven vorzubeugen. **Langenbuch** (Berlin).

Th. Gies. Ueber die Wirkung parenchymatöser Injectionen von Acid. acet. glac. bei Carcinom und dessen Recidiven.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. VIII. p. 279.)

Der Verf. brachte ein am rechten Unterkieferrande aufsitzendes, hühnereigrosses Carcinom-Recidiv durch Einspritzung von verdünntem Eisessig (1 : 3 Aq. dest.) zur Verjauchung und dadurch zur Verkleinerung bis auf Haselnussgrösse; ein bei demselben Kranken unter dem Ohre befindliches hühnereigrosses Carcinom war nach Anwendung von 25 Spritzen Eisessig verjaucht, und nach 21 Tagen »beinahe ganz verschwunden«. Bei einer Frau, die in ihrer linken Brustdrüse ein hühnereigrosses Carcinom hatte, verjauchte dasselbe nach 10 Einspritzungen, und schrumpfte im Verlaufe eines Monates zu einem haselnussgrossen Knötchen. — **Wölfler** (Wien).

Falkenstein. Ueber das Verhalten der Haut in den Tropen, ihre Pflege und Krankheiten.

(Virchow's Archiv Bd. LXXI. p. 421.)

Verf. war Mitglied der Guessfeldt'schen Loango-Expedition 1873—1876. Wir übergehen die Erfahrungen des Verf. über Leben, Kleidung, Schuhzeug in den Tropen. Pachydermie (Elephantiasis arabum) wurde in zwei Fällen geringeren Grades am Unterschenkel, einmal hochgradig am Scrotum beobachtet. — Der Aussatz kommt an der Loango-Küste nicht vor. — Syphiliden sind selten. Vielleicht tritt Spontanheilung durch die »von der Natur selbst in die Hand genommene Schwitzcur« öfter ein. — Lipom an den Ohrläppchen von Wallnuss- bis Kindskopfgrösse ist für die Küste charakteristisch. Der Grund liegt vermuthlich darin, dass die Neger sich die Ohrlöcher mit

Dornen, oder spitz geschabten Stücken aus den Blattrippen der Oelpalme zu stechen und diese Fremdkörper längere Zeit darin zu tragen pflegen. — Ein Mal hatte F. Gelegenheit, aus dem rechten oberen Augenlid eines Europäers eine $3^{1}/_{2}$ cm lange Filaria zu extrahiren. — Der Sandfloh (pulex penetrans) ist erst seit 1872 aus Brasilien an die Loango-Küste eingeschleppt, aber bereits zu einer wahren Landplage geworden. **Madelung** (Bonn).

C. Hüter. Ueber partielle Resectionen am Fuss- und Ellenbogengelenk.

(Vortrag, gehalten beim 6. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)
(Discussion über den Vortrag, und über Hüftgelenkresectionen.)

Hüftgelenkresection mit vorderem Längsschnitt.

Während am Hüft- und Schultergelenk partielle Resectionen ganz allgemein ausgeführt werden, denn gewöhnlich bleibt ja Acetabulum und Cavitas glenoidea erhalten — während Hand- und Kniegelenk vorläufig noch den totalen Resectionen reservirt bleiben, sind die Acten über die Zulässigkeit partieller Resectionen an Fuss- und Ellenbogengelenk noch nicht geschlossen. Das vorliegende statistische Material ist noch nicht sehr reichhaltig.

Grossheim hat aus dem deutsch-französischen Kriege 50 Totalresectionen des Fussgelenks mit 20 Todesfällen (40 %) zusammengestellt und 47 partielle Resectionen mit 14 Todesfällen = 29,8 %. Die Zahlen sind so klein, dass einzelne hinzukommende Fälle schon eine Verschiebung der Verhältnisse bewirken können, doch zeigen sie, dass partielle Fussresectionen im Kriege wenigstens kein schlechteres Mortalitätsverhältniss geben, als totale.

Anders ist das Ergebniss einer Arbeit von Lauffs (Dissertation. Halle), der 62 totalen Fussgelenkresectionen (aus den verschiedensten Indicationen ausgeführt) mit 12 Todesfällen, 37 partielle mit 11 Todesfällen gegenüberstellt. Man kann hieraus wohl schliessen, dass die Fussgelenkresectionen, die nicht wegen Traumen ausgeführt werden (Friedensresectionen), am besten total gemacht werden.

Die grössere Gefahr partieller Resectionen liegt darin, dass die restirenden Gelenkflächen zu Retentionen Veranlassung geben. Antisepsis und richtig ausgeführte Drainage mindern diese Gefahr. Hüter drainirt die partiell resecirten Gelenke, nachdem er vor resp. hinter dem erhaltenen Malleolus Knopflöcher angebracht hat, quer durch; er hofft, dass man es noch lernen werde, auch bei Caries partielle Fussgelenkresectionen mit Erfolg auszuführen. Wichtig ist es hierbei, keine circumscripten Entzündungsherde (Osteomyelitis granulosa — Hüter) zurückzulassen; es bilden sich diese nicht in gleicher Weise zurück, wie die diffuse entzündliche Erweichung. Schwierigkeiten macht die gründliche Entfernung der erkrankten Synovialis.

Hüter empfiehlt deshalb vorläufig partielle Fussgelenk-

resectionen nur für traumatische Fälle; wegen Caries sollten sie nur mit sehr strenger Auswahl der Fälle ausgeführt werden.

Ueber partielle Resectionen des Ellenbogens liegt ein grösseres statistisches Material vor. Saltzmann (Helsingfors) hat 1217 partielle und totale Ellenbogengelenkresectionen zusammengestellt, und findet die Sterblichkeit bei den partiellen grösser, als bei den totalen.

Mayer fasste die zur Zeit seiner Publication veröffentlichten Ellenbogengelenkresectionen aus dem deutsch-französischen Kriege zusammen, und fand nach partiellen Resectionen 18,4 % Schlottergelenke, 23 % Todesfälle und 12 % Ankylosen, während die totalen zwar 29,8 % Schlottergelenke, aber nur 16,5 % Todesfälle und 10 % Ankylosen ergaben.

Ein ähnliches Resultat hat die Statistik von Otis, der 600 Resectionen aus dem amerikanischen Krieg zusammengestellt hat und findet, dass die totalen Resectionen einen grösseren Procentsatz von brauchbaren Gliedern gaben, als die partiellen. Die Superiorität der totalen Resectionen scheint somit erwiesen. Nun hat aber Dominik, der mit sehr guten Quellen arbeitete, gefunden, dass im deutsch-französischen Krieg 111 partielle Ellenbogengelenkresectionen 23 Todesfälle ergaben = 20,72 % und 266 totale 67 Todesfälle = 25 % zur Folge hatten. Noch bestimmter stellt sich bei ihm der Vorzug der partiellen Resectionen in Bezug auf das functionelle Resultat heraus. Dominik rechnet zu guten Resultaten nicht nur die activ beweglichen Gelenke, sondern auch Ankylosen mit gut erhaltener Muskelkraft; letzteres Resultat ist nach partiellen Resectionen vermuthlich das häufigere. In allerletzter Zeit hat Hüter 3 partielle Ellenbogengelenkresectionen wegen Traumen gemacht; der in der Heilung am weitesten fortgeschrittene Kranke hat ein fast ankylotisches Gelenk, und es ist in der That zu fürchten, dass die Ankylose nach partiellen Resectionen zur Regel werde.

Man sollte deshalb vielleicht in Fällen, in denen grosse Knochenstücke fortgenommen werden müssen und die Gefahr eines Schlottergelenks auftritt, die partielle Resection ausführen, in allen anderen Fällen aber die totale.

Welcher Knochen zu erhalten ist, hängt natürlich von der Art der Verletzung ab; Dominik findet die günstigsten Resultate (sowohl in Bezug auf Mortalität, als auf Functionirung) nach Erhaltung des Humerus. Nun leidet aber nach Ellenbogenresectionen meist die Streckbewegung viel mehr, als die Beugebewegung, und es hätte deshalb die Erhaltung des Olecranon seine grosse Bedeutung.

Was die Operationstechnik betrifft, so wäre bei Erhaltung des Humerus der Längsschnitt über das Olecranon zu wählen, während bei Erhaltung der Ulna der radiale (bilaterale) Längsschnitt (Hüter) vorzuziehen ist. Bei letzterer Methode sind die Drains quer durch die Gelenkhöhle zu führen; bei Entfernung des Olecranon ist der

Schleimbeutel der Tricepssehne, der leicht vereitert, noch besonders zu drainiren. —

Bei der Discussion giebt Gurlt noch einige statistische Notizen betreffs der Ellenbogenresectionen. Die Mortalitätsziffer derselben hat in den verschiedenen Kriegen sehr gewechselt (15 % im schleswig-holsteinischen, 43 % im Kriege 1866), ebenso das numerische Verhältniss der partiellen zu den totalen Resectionen. Während im schleswig-holsteinischen Kriege 77,5 %, im amerikanischen 60,7 % aller Ellenbogenresectionen partiell ausgeführt wurden, machte man in den Jahren 1864, 1866 und 1870/71 62,7 %, 68 % und 71,5 % total. Gurlt hat aus den Feldzügen 48—50, dem amerikanischen Kriege, den Kriegen 1864—66 und 1870—71 zusammen 1222 Ellenbogengelenkresectionen mit 23,6 % Mortalität gesammelt, darunter 493 totale mit 115 Todesfällen = 23,3 % und 595 partielle mit 123 Todesfällen = 23,6 %. Es sind daher beide Arten der Resection als gleich gefährlich anzusehen. Bezüglich der functionellen Resultate hat Gurlt aus seiner Arbeit den Eindruck bekommen, als ob nach partiellen Resectionen häufiger Ankylosen entstehen; und es ist hierin entschieden kein Nachtheil zu sehen.

v. Langenbeck tritt im Ganzen Hüter bei; möglichst conservativ bei allen traumatischen Resectionen, total reseciren bei Caries.

Bei den Resectionen des Hüftgelenks führt v. L. wo möglich nur die einfache Decapitation aus und nimmt den grossen Trochanter nicht mit. Die Gefahr der Secretretention lässt sich durch starke Extension und ausgiebige Drainage verhindern, und nie sah v. L. ein besseres functionelles Resultat nach Hüftresection, als in einem Falle einfacher Decapitation. Ob man aber traumatische Fussgelenkresectionen in der Weise partiell ausführen darf, dass man die Talusrolle zurücklässt, hält v. L. trotz Veröffentlichung einiger günstiger Fälle für zweifelhaft. Der einzige von ihm in dieser Weise operirte Kranke starb an Septikämie.

Volkmann empfiehlt die Resection des Hüftgelenks stets unter dem grossen Trochanter auszuführen. Unter 48 Hüftresectionen, die V. in den letzten 3 Jahren ausgeführt hat, ergaben nur ganz vereinzelte Fälle mit veralteten Fisteln und Adductionsstellung, Ankylose; namentlich können die Kranken ausgiebige Abductionsbewegungen machen. Blosse Decapitation befördert das Entstehen von Ankylosen.

Fussgelenkresectionen hat V. weniger häufig gemacht, immerhin aber eine ganze Anzahl von partiellen. Man kann in traumatischen Fällen oder bei acuten resp. subacuten nicht traumatischen (jedoch nicht fungösen) Synovialiseiterungen bei der Resection unbedenklich den Talus intact zurücklassen, sofern man antiseptisch vorgeht.

Einen Uebergang zu partiellen Resectionen bildet eine in neuerer Zeit von Volkmann geübte Art der Drainage des Fussgelenks, bei welcher die Spitzen beider Malleolen abgemeisselt werden. Des Meissels bedient sich V. bei allen partiellen Fussgelenkresectionen in

traumatischen Fällen; man kann bei viel kleinerem Schnitt den Talus resp. die Malleolen glatt entfernen, als bei Anwendung der Stichsäge.

Die von Hüter angewandte Querdrainage der Gelenke vermeidet V. principiell; es können erfahrungsgemäss der blossgelegte Knochen, das Mark, die Synovialis, die Knorpel den anhaltenden Druck der Gummiröhren nicht vertragen. Er wendet daher stets kurze Drainröhren an, die nur bis zum Gelenk- resp. Resectionsspalt reichen.

Hüter erinnert daran, dass Sayre die Hüftgelenkresectionen stets unter dem grossen Trochanter macht und nur 10 % Todesfälle hat. Auch Malgaigne hat seiner Zeit dasselbe empfohlen. Hüter ist immer noch der Decapitation treu geblieben und erzielte nur bei lange bestehenden Fisteln, Narben etc. Ankylosen. Ein Knabe, dem er vor 7 Jahren den Schenkelkopf abgesägt hat, geht mit vollkommen frei beweglichem Gelenk 1 Meile weit. Was die Gelenkdrainage betrifft, so legt Hüter die Röhren in den ersten Tagen quer durch die Gelenk- resp. Resectionshöhle, braucht aber später ebenfalls nur kurze Drains.

Volkmann erwiedert hierauf, dass wohl in einzelnen Fällen durch die Decapitation ein bewegliches Gelenk erzielt werden könne; hier frage es sich aber, welches Endresultat nach der einen oder der anderen Operationsmethode das gewöhnliche sei.

Lücke schliesst sich in Betreff der Entfernung des grossen Trochanters an Volkmann an. Er trennt zunächst, meist mit einem starken Messer, den Kopf ab, und dann vom Trochanter so viel, als für die bequeme Drainage der Pfanne nöthig erscheint. Vielleicht deshalb, weil ihm die Fälle meist erst spät zur Operation kommen, hat er grossentheils Ankylosen bekommen.

In einem Falle, in dem das ganze erkrankte Sitzbein fortgenommen werden musste, resecirte L. vom Femur nur den Kopf und erzielte ein gut bewegliches Gelenk.

Schede hat in den letzten $1^1/_2$ Jahren 11 Mal das Hüftgelenk resecirt und darunter 9 Mal den grossen Trochanter mit entfernt; in der Regel wird das letztere nöthig sein, weil es nur so möglich ist, die fungös degenerirte Synovialis bequem zu exstirpiren. Bei sehr schwächlichen Kindern kann es unter Umständen wünschenswerth sein, sich mit der blossen Decapitation zu begnügen, um den Eingriff geringer zu machen. S. hat dieses 2 Mal unter Anwendung eines vorderen Längsschnittes gethan. Der Schnitt beginnt etwas unterhalb der Spina anterior superior ossis ilei fingerbreit nach innen zu, geht gerade abwärts und dringt am inneren Rand des M. sartorius und M. rectus femoris in dem Muskelinterstitium am äusseren Rand des Ileo-psoas auf das Gelenk, das leicht zugänglich ist, wenn man das Bein etwas flectirt, abducirt und nach aussen rotirt, den Rectus und Sartorius nach aussen, den Ileo-psoas nach innen ziehen lässt. Der Kopf wird nach Spaltung der Kapsel mit der Stichsäge abgetrennt.

Kein nennenswerthes Gefäss und namentlich kein Muskelansatz wird verletzt, der Schnitt ist klein und doch kann man die Pfanne übersehen, der Abfluss der Wundsecrete geht gut von statten und die Lage der Wunde erleichtert die Durchführung der Antisepsis.

Nicht für alle Fälle wird sich die Operationsmethode eignen, vorzugsweise aber für diejenigen Fälle von centraler Ostitis des Schenkelkopfs, in denen die Kapsel gar nicht oder nur nach vorn durchbrochen ist, in denen keine Abscesse an der hinteren Wand des Gelenkes bestehen, und in denen sich cariöse Zerstörung am hinteren Pfannenrand und am Becken ausschliessen lässt.

v. Langenbeck bemerkt Volkmann gegenüber, dass die Fortnahme der ganzen oberen Epiphyse bei kleinen Kindern eine erhebliche Wachsthumshemmung des Femur veranlassen könne. Ferner hat es sein Bedenken, nach Hüftresectionen nur kurze Drains anzuwenden, da die Knochentheile des Gelenkes durch Verbände nicht comprimirt werden können, und leicht, zumal bei bestehender Pfannenperforation, Secretretentionen entstehen können.

Volkmann erwiedert hierauf, das Femur wachse fast nur von der Knieepiphyse aus und bleibe nach der Resection unter dem grossen Trochanter, wie die Beobachtung lehrt, nicht besonders im Wachsthum zurück. Wohl aber würden für die Knochenregeneration günstige Bedingungen gesetzt: die Sägefläche des Femur kommt in der Abductionsstellung genau der Pfanne gegenüber zu liegen, und es kann sich durch knopfförmiges Anschwellen der Diaphyse (periosteale Knochenbildung) ein sehr tragfähiger Gelenkkopf bilden. Decapitirt man, so operirt man an einer wegen mangelhaften Periosts wenig zu osteoplastischer Entzündung disponirten Stelle. Zudem müsste sich die Knochenneubildung nur nach der Seite entwickeln, und die Tragfähigkeit des neuen Kopfes bleibt fraglich. In den letzten 5 oder 6 Jahren hat V. alle Hüftgelenkresectionen, die überhaupt geheilt wurden, zum Gehen ohne Prothese gebracht.

König formulirt seine Erfahrungen über Hüftgelenkresection etwa in folgender Weise: Bei Fällen ohne erhebliche Contractur und Fistelbildung führte die einfache Decapitation zum Ziele. Bestanden Fisteln und Contracturen, so wurde der Trochanter mit fortgenommen; es gaben diese Fälle das beste functionelle Resultat.

Volkmann macht darauf aufmerksam, dass eine Ankylose im Hüftgelenk in gestreckter Stellung ordentliches Sitzen unmöglich macht.

v. Langenbeck sah die Ankylosen nie bald nach der Heilung der Resection eintreten, sondern erst später, wenn die Leute gegangen waren. Vermuthlich trägt zu ihrem Entstehen die Friction der Knochen bei; übrigens gehen die Leute mit der Ankylose ganz gut.

A. Genzmer (Halle a/S.).

Kleinere Mittheilungen.

J. D. Gunning. Large abscess treated chiefly by the aspirator; recovery.
(Medical times and gazette 1877. Sept. 22.)

Verf. beobachtete bei einem 14jährigen, zum Skelet abgemagerten Knaben einen parallel dem linken Lig. Poupartii gelegenen 8″ langen und 4″ breiten Abscess, der sich von der Regio iliaca bis zum Nabel erstreckte. Binnen 34 Tagen entzog er in neun Sitzungen mittelst des Aspirators 58 Unzen Eiter aus dem Abscess, der sich dann spontan öffnete; hierauf zwei breite Incisionen, rapide Verkleinerung des Abscesses, Heilung. Der Abscess communicirte nicht mit der Wirbelsäule. Verf. glaubt, dass der Fall letal abgelaufen wäre, wenn er sofort incidirt und den Eiter sämmtlich entleert hätte. **H. Wildt** (Berlin).

Furneaux Jordan. A recent wave of operative surgery.
(The Birmingham Medic. Review 1877. No. 26. Oct.)

1) Ein Fall von Aneurysma der Poplitea, Ligatur der Femoralis, Heilung. — Ein 37jähriger Färber bemerkte eine kleine, ohne bekannte Veranlassung entstandene Geschwulst in der linken Kniekehle, welche langsam wuchs. Bei der Aufnahme in das Hospital liess sich leicht ein Aneurysma diagnosticiren. An zwei Tagen wurde je 20 Minuten die Digitalcompression der Femoralis ausgeübt, aber ohne Erfolg. Daher Unterbindung der Arterie im Scarpa'schen Winkel mit dicker Hanfligatur. Die Pulsation im Aneurysma hört darnach auf; ohne weitere Zwischenfälle war die Wunde nach einem Monat bis auf eine kleine granulirende Stelle geheilt; das Aneurysma zusammengezogen, die Ernährung des Beines gut; Entlassung. Später konnte sich Verf. noch von der Dauer der Heilung überzeugen.

In einzelnen Fällen hat Verf. auch carbolisirten Darm zur Unterbindung angewandt, und dabei die Heilung der Wunden ohne Eiterung herbeiführen können; doch glaubt er, es müsse erst noch weitere Erfahrung darüber entscheiden, ob das Catgut jedesmal genügende Sicherheit des Erfolges gewähre.

2) Ein Fall von Blasenstein; Zertrümmerung, Heilung. Einem 50jähr. Manne wurde bereits im Januar ein Blasenstein entfernt; im April war wieder ein Stein in der Blase, ungefähr 3/4″ lang; die Blase selbst ist gesund, die Prostata hypertrophisch, der Urin reagirt neutral, enthält kein Albumen. Nach 7 Sitzungen im Laufe eines Monats war der Stein vollständig zertrümmert und durch die Harnröhre entleert worden. Vor jeder Sitzung blieb Patient einen Tag, nach der Sitzung 48 Stunden im Bett. Blutung oder Blasenreizung zeigte sich nicht.

J. macht darauf aufmerksam, dass er wegen des schnellen Recidivs einen Phosphatstein angenommen habe, was auch richtig gewesen sei. Zur Bestimmung der ungefähren Grösse des Steines wird ein mehrfaches Anklopfen mit einer Schnabelsonde empfohlen, wie sie H. Thompson benutzt. Die Erhaltung gleichmässiger Bettwärme war die einzige Vorbereitung und Nachbehandlung der Operation. Bei derselben blieb Pat. auch im Bett, wobei das Kreuz durch ein Polster unterstützt wurde, ebenso die Kniee.

3. Ein Fall von Blasenstein, Seitenschnitt, Heilung. Ein 40jähriger Mann hatte seit mehreren Jahren Harnbeschwerden. Die Untersuchung wies leicht einen Stein nach; der Harn reagirt neutral, zeigt eine Spur von Eiweiss. Am 17. März Seitensteinschnitt von geringer Ausdehnung; da der mit der Zange gefasste Stein zu gross für die Oeffnung war, wird die Prostata tiefer incidirt, worauf der Stein sich leicht extrahiren lässt. Die Heilung geht langsam vorwärts. Am 10. Mai wird 3/4 des Urins durch die Urethra, 1/4 durch die Wunde entleert; Entlassung des Patienten. Der unregelmässig ovale Stein wog 1569 Gran, bestand aus Harnsäure und Phosphaten. — Verf. sagt, dass die Ansichten der Autoren über die erlaubte Ausdehnung des Schnittes sehr verschieden sei; er hege die Meinung, es sei am besten, gerade nur soviel einzuschneiden, als zur Entfernung des Steines nöthig sei; dem entsprechend mache er anfangs nur eine kleine Incision, ziehe dann mit der linken Hand den mit der Zange gefassten

Stein an und mache nun mit einem geknöpften Messer an den Stellen, wo das Gewebe noch Widerstand leiste, kleine Einkerbungen in dasselbe bis der Stein ohne Zerrung der Gewebe gerade passiren könne.

4) Ein Fall von Epitheliom des Penis, Amputation am Ligamentum triangulare; Heilung. Ein 38jähriger Schneider hatte vor 17 Jahren einen Schanker und Bubo, aber keine secundären Erscheinungen. Vor einem Jahre entstand ein kleines Gewächs an der Glans, welches nach Aetzungen immer schneller um sich griff, so dass bei der Aufnahme des Patienten am 27. März der ganze Penis vom Epitheliom ergriffen war, welches an vielen Stellen geschwürig war. Die Inguinaldrüsen etwas vergrössert und indurirt; Phimose. Am 31. wurde der Penis am Schambein mit elliptischen Incisionen umschnitten, welche bis in den Hodensack reichten und nun der Penis dicht am Ligamentum triangulare amputirt. Starke Blutung; 4 Gefässe unterbunden: die Wunde wird mit einem carbolisirten Schwamm bedeckt, ein Katheter in die Urethra gelegt. Am 22. April ist die Wunde fast ganz geheilt; Patient wird entlassen. Im Juli stellt er sich als vollständig genesen wieder vor; auch sind die Drüsen verkleinert und nicht mehr indurirt.

Verf. bemerkt, dass bei syphilitischen Geschwüren die Erkrankung und Induration sich nicht auf den ganzen Penis erstreckt; ferner, dass man nicht immer nöthig habe, die Drüsen ebenfalls zu exstirpiren, namentlich, wenn sie verhältnissmässig so wenig afficirt seien, wie im vorliegenden Falle; auch sei es wahrscheinlich, dass hier die Drüsenaffection noch ein Ueberbleibsel der früheren venerischen Erkrankung gewesen sei.

5) Ein Fall von hochgradigem Genu valgum beiderseits. Operation nach Ogston's Methode; Heilung. Ein 20jähriger Mann litt seit Jahren an Genu valgum, gegen welches verschiedene mechanische Mittel vergeblich angewendet waren. Am 31. März machte J., unter allen antiseptischen Cautelen, einen $^3/_4$ Zoll langen Einschnitt ca. 3 Zoll über dem Condylus internus des linken Kniees; mit dem Adams'schen Messer drang er dann in's Gelenk und sägte mit der Adams'schen Säge den Condylus internus nach oben und innen fast ganz ab; bei forcirter Geradstreckung brach das Stück nun völlig ab, schob sich nach oben und wurde nun das geradgestreckte Bein in eine Liston'sche Schiene gelegt. Nur einmal am 5. Tage stieg die Temperatur auf 38,0 C. sonst war Pat. fieberlos und heilte die Wunde schnell. Am 15. Mai kann Pat. das Knie schon etwas beugen. An demselben Tage wird auch das rechte Bein operirt, welches genau ebenso gut heilte. Am 17. Juli stehen beide Beine gut; J. bog sie in der Chloroformnarkose und legte ein hintere Schiene an.

J. lobt die Ogston'sche Operation sehr und bezeichnet sie als einen ausserordentlichen Fortschritt. Die Annandale'sche Operation, welche ein steifes Knie zurücklasse, könne sich mit der obigen Operation nicht messen. Der Lister'sche Verband sei dazu natürlich unentbehrlich; die Adams'schen Instrumente gut.

6) Endlich operirte J. eine rechtsseitige eingeklemmte Leistenhernie mit Eröffnung des Bruchsackes bei einem 53jährigen Manne. Nach Reposition der Gedärme umschnürte er den Bruchsackhals mit einem Catgutfaden; keine Antisepsis, nur ein carbolisirter Schwamm wird auf die Wunde gelegt. Es bildet sich ein Abscess im Scrotum, dann ein grosser am Bruchring, so dass die Heilung erst mit manchen Verzögerungen zu Stande kommt. — J. operirt, wenn irgend möglich, ohne Eröffnung des Bruchsackes: und wundert sich, dass in vorliegendem Falle nach geringer Erweiterung der Bruchpforte die Bruchschlingen nicht reponirt werden konnten, obgleich ein Finger neben ihnen durch den Bruchring geschoben zu werden vermochte; die Reposition gelang erst nach weiterer Vergrösserung der Bruchpforte. — Zum Verbande wendet Verf. auch gerne einen mit Terpentin getränkten Schwamm an.

A. Bidder (Mannheim).

E. Forster. A case of third dentition.

(Brit. med. and surg. Journ. 1878. Vol. I. p. 37.)

Der 67 jährige Mann hatte sich vor 20 Jahren die oberen Schneidezähne neuralgischer Schmerzen wegen ausziehen lassen; 10 Jahre später kamen die beiden oberen linken Zähne wieder; dieselben waren glatt, dünn und transparent, sie wurden bald lose und konnten im 2. Jahre leicht mit dem Finger entfernt werden.

Pilz (Stettin).

L. Wittelshöfer. Der Sonnenstich im k. k. Heere.

(Der Militärarzt No. 16, ausgegeben mit No. 33 d. Wiener med. Wochenschrift 1877.)

Das Vorkommen von 6 Todesfällen in Folge von Sonnenstich auf einem Uebungsmarsche des 49. Regiments im Sommer 1877 giebt W. Veranlassung, die Momente, die diese plötzlichen Todesfälle begünstigen, zu besprechen. Er hebt als solche hervor, dass bei Aushebung von Handwerkern (die 6 Verstorbenen waren Handwerker) nicht streng genug verfahren wird, ferner dass der Ausmarsch in früher Morgenstunde ohne vorher eingenommene Nahrung angetreten wurde, endlich dass methodische Marschübungen nicht ausgiebig genug betrieben werden.

v. Mosengeil (Bonn).

Rohde. Zur Therapie der Trichinosis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 23.)

Verf. hatte bei einem Falle in einer Trichinenepidemie, wo Nasenbluten in stärkerem Grade auftrat, Extr. Secale corn. aq. als Stypticum gegeben und dabei schnelle Heilung und Besserung des Allgemeinzustandes beobachtet. Darauf gab R. noch in einigen Fällen von Trichinosis das Mittel und erzielte schnelle Besserung. Er glaubt daher, dass vielleicht im Ergotin ein Mittel vorliegt, das ohne den menschlichen Organismus stark zu alteriren, die Trichinen und auch die Trichinenbrut auf ihrer Wanderung, vernichten könne.

v. Mosengeil (Bonn).

Waechter. Zwei Knochenbrüche, beobachtet auf v. Thaden's Abtheilung im Altonaer Stadtkrankenhause.

(Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. VIII. p. 104.)

1. Abreissungsfractur des grossen Trochanter.

Ein Mann von 71 Jahren fiel auf die Hüfte, konnte jedoch nach dem Falle noch eine Viertelstunde Weges gehen.

Das Bein war nicht verkürzt, im Hüftgelenke activ und passiv etwas beweglich, die Auswärtsrollung behindert und schmerzhaft. Nach 4 Wochen starb der Kranke an Pneumonie. Die Section ergab, dass die vordere innere Hälfte des grossen Trochanter abgerissen war: an dem Fragmente hafteten die Sehnen des Musc. pyriformis, obturator internus cum gemellis, Sehnenfasern des Glutaeus med. und minimus.

2. Lostrennung des Oberkiefers in toto von dem Schädelgerüst.

Einem Knaben von 4 Jahren fiel ein schwerer Pfosten gegen die linke Gesichtshälfte. Es waren die Nasenbeine gebrochen und die beiden Oberkiefer nach rechts hin verschoben, der linke aus seiner Verbindung mit dem Jochbein getrennt. Diese Trennungsstelle war vom Munde aus durch einen Riss in der Wangenschleimhaut direct zugänglich. Reposition nicht möglich. Heilung unter Abscessbildungen in 7 Wochen.

Gersuny (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. **Sonnabend, den 18. Mai.** **1878.**

O. Lassar. Ueber Oedem und Lymphstrom bei der Entzündung. (Aus dem pathologischen Institut von Prof. Cohnheim.)

(Virchow's Arch. LXIX. p. 516.)

Findet bei entzündlicher Schwellung, die doch zweifellos zunächst auf einer Vermehrung der Transsudation beruht, eine Resorptionsbehinderung statt, welche die Entstehung des Oedems begünstigt, oder ist im Gegentheil ein beschleunigter Lymphstrom bemüht, die Gewebe zu entlasten?

Verf. erzeugte an den Hinterpfoten von Hunden starke Entzündung und fügte in die beträchtlich erweiterten, die Vena saphena parva begleitenden Lymphgefässe Kanülen ein. Während aus normalen Lymphgefässen des Hundebeines kaum wenige Cubikcentim. (2 bis 4) zu sammeln sind, tropft aus dem entzündeten schon spontan, gleich nach dem Anschneiden eine reichliche Menge heraus, durch mässig passive Bewegungen lassen sich 20—40 und mehr Cubikcentimeter

Lymphe gewinnen. Die Vermehrung des Lymphstromes in so massiger Weise ist nicht durch den Druck der Exsudatansammlung zu erklären, denn wenn die Kanüle bereits vor der Einleitung der Entzündung (durch Eintauchen des Beines in heisses Wasser) eingebunden wurde, so zeigte sich bereits zu einer Zeit, wo von Ansammlung des Exsudates noch keine Rede sein konnte, der Lymphabfluss constant in der Zeiteinheit gegen die Norm wesentlich gesteigert. Die Entzündungslymphe unterschied sich wesentlich von Stauungslymphe, wie sie nach Umschnürung eines Beines (Ischiadicusdurchschneidung wurde vorausgeschickt) bei Erhaltung der arteriellen Zufuhr gewonnen wurde. Die erstere ist gelblich, zäh, gerinnt alsbald nach dem Ausfliessen, enthält wenig rothe, aber grosse Mengen weisser Blutkörperchen, hinterlässt beim Eintrocknen Rückstände, welche die der normalen Lymphe beträchtlich, die der Stauungslymphe um das Mehrfache übertreffen. Die Stauungslymphe ist dünnflüssig, gerinnt langsam und unvollständig. Die sparsamen körperlichen Elemente bestehen meist fast ausschliesslich aus rothen Blutkörperchen, die farblosen sind ganz vereinzelt.

Die Entzündungslymphe hat ihre characteristische Eigenschaft sowohl vor, als nach dem Durchtritt durch eine Lymphdrüse. Die Concentration steigt mit der Dauer der Entzündung. Bei nekrosirenden Entzündungen versiegt die Lymphsecretion fast vollständig. Alle diese Eigenschaften sprechen gegen die Arnold'sche Hypothese, dass es sich bei Diapedesis und Emigration im Wesentlichen um einen Durchtritt der Blutkörperchen durch präformirte Stomata handele. Es wäre schwer einzusehen, weshalb durch diese Poren in der Entzündung Plasma von ganz anderem Salz- und Eiweissgehalt durchtritt, als bei der Stauung. Bei der Entzündung müssen Veränderungen in den Gefässwandungen vor sich gehen, welche die Diffusionsfähigkeit betreffen. Die Befunde L.'s sind nicht ohne diagnostischen Werth. Flüssigkeiten durch Punction gewonnen, die einen hohen Concentrationsgehalt besitzen, rühren wahrscheinlich von einer Entzündung her. Doch ist zu bemerken, dass bei hohen Graden der Hydrämie auch die Entzündungslymphe wässerig wird.

Die Mitleidenschaft der Lymphdrüsen scheint den Lymphstrom nicht wesentlich zu beeinflussen. **Madelung** (Bonn).

J. Rochard. Influence du climat et de la race sur le traumatisme.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1877. No. 17. p. 439.)

Verf. möchte ähnliche geographisch-pathologische Untersuchungen wie für die inneren Krankheiten auch im Gebiet der Chirurgie anstellen. Die beiden extremsten Zonen liefern ihm dabei folgende Resultate. In der Polarzone verschlechtert die Kälte den Wundverlauf. Leichte Verletzungen führen zu chronischen Geschwüren, häufig tritt Erysipel und Gefässentzündung dazu, oft auch Scorbut.

Vernarbung kommt nur äusserst langsam zu Stande. Tetanus ist nicht häufiger, als bei uns.

In der heissen Zone heilt alles viel rascher, das Wundfieber nimmt aber gern den Charakter von Intermittens an; durch Chloroanämie und Oedeme entstehen leicht Verschwärungen, chronische Ruhr bringt die Kranken herunter. Die Leberkrankheiten haben wohl kaum einen näheren Zusammenhang mit dem Wundverlauf. — Die Wundreaction ist viel geringer, wenn auch zuweilen Wundfieber bis 40,5 beobachtet werden. Opiumraucher sind gegen Tetanus geschützt, und leicht zu chloroformiren. **Mögling** (Schwenningen).

E. Rindfleisch. Die Bösartigkeit der Carcinome, dargestellt als eine Folge ihrer örtlichen Destructivität.

Jubelschrift der med. Facultät zu Würzburg, Herrn Franz v. Rinecker dargebracht. Leipzig, **Wilh. Engelmann**, 1877.

R. sucht die obige Frage zu beantworten und kommt dabei zu folgendem Resumé, welches wir fast wörtlich wiedergeben. Bei jeder Carcinombildung kommt in erster Linie ein völliger Reizzustand des Blutgefässbindegewebeapparates in Betracht. Durch diesen verlängern sich die oberflächlichen Gefässterritorien; die Verlängerung führt zur Dehiscenz derselben an gewissen, durch die Structur prädisponirten Punkten. Diese Dehiscenz folgt continuirlich den Aussenflächen der Gefässterritorien und erstreckt sich von der wirklichen Aussenfläche des Körpers in das Lymphgefässsystem hinein. Das Epithel überzieht die neu entstehenden Aussenflächen in ähnlicher Weise, wie es eine granulirende Wundfläche überzieht, geräth dabei aber nothgedrungen in gewisse Tiefen, aus denen es nicht mehr durch Desquamation entfernt werden kann. Wohl aber finden sowohl die jüngeren Epithelzellen selbst, als auch die durch ihren Stoffwechsel erzeugten chemischen und fermentativen Producte, als endlich die Producte ihres etwaigen Zerfalls natürliche Wege vor, um in die Säftemasse des Körpers überzugehen und zu Metastasen und zu dem wichtigsten Kriterium für die Bösartigkeit einer Geschwulst, zur Kachexie, zu führen. Die Einwirkung auf die Säftebeschaffenheit des Organismus ist um so inniger, je detaillirter die destruirende Infiltration auftritt, d. h. je mehr die Neubildung gleichzeitig die Lymphgefässwurzeln occupirt.

Den Unterschied der Bösartigkeit zwischen Carcinomen und Sarcomen erklärt R. in folgender Weise. Während bei den Carcinomen überall ein Hereinziehen der secernirenden Aussenfläche in das Parenchym und die Säftecirculation des Körpers stattfindet und somit von dem Krebse aus fremdartige Materien in das Blut gelangen, so liegt bei den Sarcomen die Sache wesentlich anders. Auch bei den bösartigen Sarcomen concentrirt sich — und zwar gerade im Gegensatz zu den gutartigen Sarcomen und verwandten Geschwülsten, bei denen eine perivasculäre oder im weiteren Sinne

plexiforme Anhäufung der neugebildeten Zellen die Regel ist — die ganze Masse der zelligen Neubildung auf die Aussenfläche der Ernährungsterritorien. Die scheinbar ganz zusammenhängenden, kleinzelligen Massen eines Sarcom. medull. musculorum lassen sich leicht in ein Netzwerk verwandeln, welches nach Gestalt und Lage einem mit Zellen gefüllten Lymphspaltensystem gleich sieht, wenn man durch starke Essigsäure die perivasculären Bindegewebsscheiden aufquellen macht und dadurch den durch die abgelagerten Zellenmassen comprimirten Gefässterritorien zu einem grösseren Umfang verhilft.

Aber auch die bösartigsten Sarcome sind Binnengeschwülste des intermediären Ernährungsapparates, in Folge dessen gelangen sehr leicht Producte ihres Stoffwechsels in die Säfte des Körpers, ja alle werden vom Körper aufgenommen, so lange nicht etwa ein Geschwür an der Oberfläche sich gebildet. Andererseits sind aber die Sarcome die nächsten Verwandten gutartiger Histioide, durch zahlreiche Zwischenglieder mit ihnen verbunden, sie sind aus Zellenarten (farblose Blutkörperchen, junge Bindegewebszellen etc.) aufgebaut, an deren Producte der Organismus gewöhnt ist. Nur aus der das gewöhnliche Maass weit überschreitenden Zahl und zum Theil auch aus der ungewöhnlichen Grösse der Fermente bereitenden Sarcomzellen resultirt vielleicht der schädigende Einfluss, welchen destruirende Sarcome auf die Constitution der Kranken ausüben. Ob sich auch klinisch behaupten lässt, dass bei den destruirenden Sarcomen die Bösartigkeit mehr von der Grösse der Geschwulst abhängt, als bei den schon in kleinsten Exemplaren gefährlichen Carcinomen (Zungen- und Magenkrebse), ist R. nicht in der Lage, entscheiden zu können. Jedenfalls steht der relative Zellenreichthum und die Grösse der Zellen in geradem Verhältniss zur Bösartigkeit der Sarcome. Dabei bleibt es immer noch möglich, dass die Pigment-Sarcome mit ihren durch ihre Beziehung zum Blutfarbstoff specifischen Zellen einen auch in qualitativer Beziehung sehr schädlichen und darum schnell gefährlichen Einfluss auf den Stoffwechsel nehmen können.

H. Tillmanns (Leipzig).

N. Senn. The treatment of inflammation of joints by permanent extension.

(The Chicago med. Journ. and Examiner 1878. Jan. Vol. XXXVI.)

Verf. giebt an, dass die Extensionsbehandlung der Gelenkkrankheiten schon lange vor Ross (1854) von Brodie geübt worden sei, und dass sich, wie in Amerika Wallace, Davis, Taylor, Pancoast und Sayre, so Barwell, Volkmann, v. Langenbeck und Hueter in Europa um die weitere Ausbildung dieser Behandlungsmethode verdient gemacht haben. Auch er verwendet gespaltene Heftpflasterstreifen, Flaschenzugrollen und Gewichte (Sand- oder Schrotbeutel). Den Gewichtszug lässt er nur allmälig bis zum Nachlassen

der Muskelcontraction steigern, um ihn dann ebenfalls wieder zu vermindern. Besonderen Werth legt er im Interesse der Schmerzlinderung darauf, dass die Extension zunächst in der Richtung der eingenommenen anormalen Gliedstellung wirke. So legt er z. B. das coxitisch abducirte und flectirte Bein auf eine dem Flexionswinkel entsprechend hergestellte doppeltgeneigte Ebene und lässt den Extensionszug über eine genau in der Axenrichtung der Oberschenkel angebrachte Rolle laufen. Zugleich befürwortet er die Combinirung der Extension des Gliedes mit einer sorgfältigen Fixirung desselben auf der unterliegenden Schiene, und will auch, nach erreichter normaler Haltung des Gliedes, letztere durch feucht angelegte, möglichst lange und vermittelst Kleisterbinden fixirte breite Sohllederstreifen fortgesetzt wissen. Die von Reyher und Hüter eruirte, den intraarticulären Druck steigernde Wirkung der Extension ist eine für ihn durch eigene klinische Beobachtungen bestätigte Thatsache, welche ihm jedoch für die Therapie nicht förderlich erscheint und mit Rücksicht darauf hält er es für rationell, die Heftpflasterstreifen möglichst weit entfernt vom afficirten Gelenk anzubringen. Ihm liegt in erster Linie an der Ueberwindung der muskulären Reflexcontracturen und der hierdurch ermöglichten Distraction der aufeinander gepressten entzündlich kranken Gelenkflächen. Sind dagegen diese gesund, und nur die Gelenkbänder afficirt, dann verzichtet er gänzlich auf die Anwendung der Extension, wie nicht minder bei der gonitischen Subluxation der Tibia nach hinten. (Die vorzügliche Extensionsmethode von Schede, welche bei dieser Affection die trefflichsten Dienste leistet, scheint dem Verf. noch unbekannt zu sein. Ref.) Den Werth des Brisement forcé stellt Verf. weit unter den der Extension.

Langenbuch (Berlin).

P. Michelson. Ueber Herpes tonsurans und Area Celsi.

(Sammlung klin. Vorträge. No. 120. 36 Seiten mit 2 lithogr. Tafeln.)

Anknüpfend an früher vom Verf. demonstrirte Fälle von Herpes tonsurans wird zunächst die Identität der genannten Erkrankung mit Sycosis constatirt, da beide Formen auf denselben pflanzlichen Parasiten zurückzuführen sind, alsdann die historisch weiterschreitende Entwicklung in der Erkenntniss des Leidens geschildert. Gegenüber dieser Erkrankung wird die früher theilweise damit verwechselte, nach Bärensprung als Area Celsi bezeichnete scharf abgegrenzt. Einige Krankengeschichten von Fällen, in denen über den ganzen Körper verbreitete durch Porrigo decalvans (Area Celsi) bedingte Kahlheit auftrat, folgen. — Herpes tonsurans lässt sich leicht erkennen: Epidermiswucherung und kleienförmige Abschilferung, wallartiges Verdicken der in allen Ausdehnungen befallenen Hautpartien an der Peripherie, das eigenthümliche Abbrechen der Haare kurz über der Haut charakterisiren das Leiden. Die Heilung ist durch Antiparasitica in nicht zu langer Zeit leicht zu erzielen. Die Area Celsi beruht auf keinen nachgewiesenen pflanzlichen oder thieri-

schen Parasiten, wurde längere Zeit, jedoch auch nicht unzweideutig erwiesener Massen als Trophoneurose angesehen; Heilung erfolgte in der Mehrzahl der Fälle spontan; die Therapie scheint einflusslos. Man bezeichnet mit dem Namen die Affection der behaarten Haut, bei welcher an rundlichen Stellen zunächst ein Lockerwerden der Haare mit Anfangs theilweisem, später totalem Ausfall derselben stattfindet, ohne dass die Haut selbst dabei irgend eine auffällige Veränderung darböte. Nur zeigt es sich, dass das Unterhautzellgewebe sehr schwindet (— wie Pincus schon für die Alopecia simplex nachgewiesen), die Haut sehr fein, dünn und weiss wird, so blutleer, dass bei Nadelstichen kein Blut fliesst, und dass besonders beim Beginn der Erkrankung eine erhöhte Empfindlichkeit vorhanden ist. Die Haare selbst atrophiren an ihrer unteren Partie, werden daselbst dünn, verlieren den Bulbus und das Pigment. Der Ansicht, dass eine Trophoneurose dem Leiden zu Grunde liege, tritt Verf. entgegen und meint, dass mit demselben Rechte der Grund im Verschlusse der cutanen Gefässe zu suchen sei.

v. Mosengeil (Bonn).

J. Paget. Cases of branchial fistulae on the external ears.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 804. — Royal med. and chir. Soc.)

Glaubte Dzondi auch noch 1829, dass die Halskiemenfisteln mit der Trachea zusammenhingen, so wurde doch schon 1832 und später durch Heusinger festgestellt, dass sie nur mit dem Schlundkopfe, resp. der Speiseröhre communiciren und auf unterbliebenen Verschluss der Kiemenspalten zurückzuführen sind. Man findet 1—3 Oeffnungen bisweilen an beiden Seiten des Halses; die untere liegt nahe dem Sternalende der Clavicula vor dem M. sterno-cleidomast., die mittlere in der Höhe des Thyreoidknorpels; die obere zwischen dem Thyreoidknorpel und dem Zungenbeine; die Fistelgänge selbst sind $^1/_2$ — $1^1/_2''$ lang, lassen gerade eine Sonde hindurch und communiciren, wenn das centrale Ende nicht obliterirt ist, mit dem Schlundkopf oder der Speiseröhre, die dieselben auskleidende, glatte Membran secernirt klaren Schleim; gelegentlich trifft man mit ihnen verbunden Knorpelstückchen an, die vielleicht den »Halsrippen« homologe Bildungen darstellen. Diese Fisteln gehen spontan keine Veränderungen ein, lassen sich zweckmässig durch galvanische Cauterisation heilen. Wahrscheinlich sind einige selten beobachtete Diverticula des Pharynx Reste peripherisch obliterirter Kiemenspalten, hierher gehören wohl auch einige Formen congenitaler Cysten und Ranulae. Diese Fisteln sind in England sehr selten beobachtet. P. beobachtete dieselben in einer Familie. Ausser dem Grossvater und dessen Schwester zeigten noch 4 Kinder congenitale Fisteln des Halses, aber ausserdem der Grossvater, die Schwester und 5 Kinder eine Fistel vor dem Helix eines oder beider Ohren. Diese Auralfisteln haben eine kleine Eingangsöffnung, der $^1/_2''$ lange Canal geht von oben nach unten und vorwärts und zeigt keine Secretion.

Aehnliche Beobachungen machte schon Heusinger. Diese Fisteln verdanken ihre Entstehung dem partiellen Offenbleiben der ersten postoraled Spalte zwischen Kiefer und Zungenbögen. — In der anschliessenden Discussion theilen Mehrere gleiche Beobachtungen mit; Callender macht darauf aufmerksam, dass die Homologie der Knorpelstückchen wohl nicht mit den Halsrippen aufrecht zu erhalten sei, sondern dieselben wohl eher dem Zungenbein oder Schildknorpel entstammen. (Vergl. auch v. Lesser, klinische Studie über seltenere Formen congenitaler Missbildungen etc. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. II.)

Pilz (Stettin).

P. Bruns. Die Laryngotomie zur Entfernung intralaryngealer Neubildungen.

Berlin, **Aug. Hirschwald** 1878. 211 S.

Da die Ansichten darüber, welchen Grad von Berechtigung die laryngotomische Entfernung von Kehlkopftumoren gegenüber der laryngoskopischen hat, noch weit auseinandergehen, so unterwirft Verf. diese Frage einer gründlichen Untersuchung an der Hand einer umfassenden und genau gesichteten Casuistik. Wenn in der Literatur auf ca. 1000 laryngoskopisch-operirte Fälle 100 laryngotomische kommen, so ist dieses Zahlenverhältniss nicht entscheidend wegen der Willkür der einzelnen Operateure (einige operirten laryngotomisch nur 1—2 %, andere bis zu 50 %), ferner wegen der wachsenden technischen Vervollkommnung (Tamponkanüle, Rose'sche Lage u. s. f.), vor allem aber wegen der gänzlichen Vernachlässigung der Resultate. — Um nun gegenüber der laryngoskopischen Methode die totale Laryngofissíon und die partielle Laryngotomie (ohne Verletzung des Schildknorpels) richtig zu würdigen, ordnet der Verf. das Material mit Umsicht in genaue Tabellen, indem er nach der Natur der entfernten Neubildungen scheidet, nebenbei auch noch besondere Tabellen für die Behandlungsweisen bei Kindern aufstellt.

Wir können hier nur die wichtigsten Resultate zusammenfassen. Die Spaltung des ganzen Kehlkopfs ist eine technisch nicht schwierig auszuführende, relativ ungefährliche (3 % †) Operation; die Blutung kann immer beherrscht werden, die Gefahr entzündlicher Larynxstenose fordert nur in schweren Fällen die prophylaktische Tracheotomie; Emphysem, Perichondritis und Knorpelnekrose sind bei angemessenem Verfahren selten zu befürchten; dagegen ist die Integrität der Stimme in hohem Grade gefährdet (bei 47 %), die radicale Exstirpation nicht einmal immer gesichert und Recidive kommen schon bei Papillomen häufiger vor, als bei der Entfernung durch den Mund. Für den Krebs endlich ist sogar betreffs der Lebensverlängerung allein die Prognose schlechter als nach der einfachen Tracheotomie. — Dem gegenüber zeigt sich, dass die laryngoskopische Behandlung für die überwiegende Mehrzahl der Fälle Aussicht bietet, indem $^4/_5$ aller Neubildungen Papillome und Fibroide sind und $^3/_4$ aller Tumoren an den

Stimmbändern und der vorderen Commissur sitzen; dass, was die laryngoskopische Entfernung an Zeit zur Einübung fordert (durchschnittlich 8—14 Tage), die Thyreotomie für die Nachbehandlung beansprucht und dass die erstere auch bei Kindern über 10 Jahren in der Regel ausführbar und bis zum 3. Lebensjahr herab möglich ist. Nimmt man dazu noch die partielle Laryngotomie in Rechnung, welche fast für alle subchordalen Tumoren und diejenigen, welche in der Umrahmung der Glottis sitzen, ausreicht (als Spaltung des Lig. cricothyreoid. mit oder ohne Ringknorpel und Trachealringe), und welche entschieden zur häufigeren Ausführung empfohlen werden kann, so ist das Gebiet der totalen Laryngofission resp. der Thyreotomie ein sehr eingeschränktes; die speciellen Indicationen mögen im Werk selbst nachgesehen werden. — In einem Anhang sind Krankengeschichten über fünf Thyreotomieen beigegeben, von denen zwei von V. v. Bruns und drei von dem Verf. ausgeführt worden sind.

Mögling (Schwenningen).

Th. Billroth. Ein Beitrag zu den Operationen am Magen (Gasteroraphie).

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 38.)

Im XX. Bande des Archivs für klinische Chirurgie hatte Wölfler (cf. Centralbl. für Chir. 1877 p. 233) den Fall einer Magen-Bauchwandfistel bei einem Mädchen von 25 Jahren beschrieben. B. schloss den Defect von Zweimark-Grösse durch Implantation eines granulirenden Lappens. Derselbe wurde jedoch vom Magensaft verdaut, so dass der Defect die ursprüngliche Grösse wieder erhielt. B. versuchte nun durch wiederholte Cauterisation und später durch Loslösung und Einstülpung der Magenschleimhaut, worüber ein doppelt gestielter Lappen gedeckt wurde, den Verschluss der Fistel herbeizuführen. Alles ohne Erfolg. Schliesslich schritt B. nach Loslösung des Magens von der Bauchwand auf 6—7 cm (wobei nach unten die Peritonealhöhle eröffnet wurde), zur Vernähung der Fistelränder im Magen, so dass Serosa an Serosa zu liegen kam. Der Defect in den Bauchdecken wurde durch einen einfach gestielten Hautlappen überlagert. Jetzt erfolgte die Heilung. **v. Mosengeil** (Bonn).

Zweifel. Die Vaginitis emphysematosa oder Colpohyperplasia cystica nach Winckel.

(Arch. für Gynäkologie Bd. XII. p. 39.)

Im Anschluss an 3 in Erlangen beobachtete Fälle von Luftcysten der Scheide bespricht Z. kurz die Literatur des Gegenstandes (es fehlen die einschlägigen Beobachtungen aus der Berliner gynäkologischen Klinik) und erörtert dann eingehender die Frage nach dem Sitz der Cysten und der Art des Gases, das gewöhnlich beim Anstechen unter zischendem Geräusch entweicht.

Bezüglich des ersten Punktes bekennt sich Z. zur Meinung Derer, die annehmen, dass es sich um Luftentwicklung in Scheidendrüsen mit Verklebung oder Verwachsung der Drüsenmündungen handle, zumal da das Vorhandensein schlauchförmiger Drüsen in der Vaginalschleimhaut nach von Preuschen's Untersuchungen nicht in Abrede gestellt werden könne.

Die in den Cysten eingeschlossene Luft kann nach Z. nicht — wie Eppinger meinte — atmosphärische sein. Dagegen spricht schon die hohe Spannung in den Bläschen bei der Temperatur der Vagina. Der Geruch nach Heringslake, den das Scheidensecret in Z.'s Fällen bot, in Verbindung mit den angestellten Reactionen führte zu der Annahme, dass es sich um Trimethylamin handle, zu dessen Darstellung ausser der Heringslake auch das Kraut von Chenopodium vulvaria dient, welches — wie das Nachschlagen in alten Kräuterbüchern ergab — seinen Namen Vulvaria eben seinem specifischen Geruch verdanken soll.

Der chemische Nachweis des Trimethylamins in der Vagina gelang in der That, der entscheidende Versuch, es auch in den Luftcysten zu constatiren, gab indess aus äusseren Gründen kein positives Resultat. Z. nimmt demnach nur mit grosser Wahrscheinlichkeit an, dass »auch die drüsigen Gebilde der Vagina Trimethylamin absondern und beim Verschluss der Drüsenmündungen durch Weitersecerniren die starke Ausdehnung derselben herbeiführen können«. Für die Behandlung empfehlen sich öfter wiederholte Ausspülungen der Vagina mit stark verdünnten Säuren.

Löhlein (Berlin).

C. Thiersch. Modification der Ellenbogenresection.

(Vortrag, gehalten in der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig, am 30. Oct. 1877.)
(Deutsche Zeitschrift für prakt. Medicin 1877. No. 51.)

Die Entstehung eines Schlottergelenkes zu verhüten und eher die Herstellung einer knöchernen Ankylose zu erzielen, war der leitende Gedanke bei der von T. vorgeschlagenen Modification der Ellenbogenresection. T. ist nun in dem berichteten Falle, welcher von hohem Interesse ist, zu einem unerwarteten Resultate gekommen. Es handelte sich um eine 14jähr. Pat., bei welcher Verf. wegen fungöser Eiterung reseciren musste. Die Kapsel war schwammig entartet, mit Eiter gefüllt; an der Streckseite fanden sich periarticuläre Abscesse, aber noch ohne Durchbruch. Im Ulnakopf und in der Humerusepiphyse käsige Herde. Von der Ulna wurde ein 6 cm langes Stück, vom Humerus die Gelenkepiphyse und vom Radius $3^1/_2$ cm weggenommen, so dass die Sägefläche des Radius $^1/_2$ cm tiefer stand, als die der Ulna. Letzteres deshalb, um den Radius ausserhalb des Bereichs der beabsichtigten Ankylose zu stellen und dadurch seine Beweglichkeit auf der Ulna zu erhalten. Um trotz des beträchtlichen Widerstandes der Weichtheile die Ulna dauernd und sicher an den Humerus zu befestigen, hat Verf. an der

Ulna am vorderen Rande eine Kerbe eingesägt, in diese Kerbe den zu einer scharfen Kante zugeschnittenen mittleren Theil der Humeruswundfläche eingepasst und hierauf die Stellung der beiden Knochen im rechten Winkel durch eine Drahtumschlingung befestigt: ein mittelstarker, frisch geglühter Eisendraht von 50 cm Länge wurde mit seiner Mitte quer über die vordere Fläche der Ulna, unmittelbar unterhalb der Kerbe, gelegt, die beiden Enden wurden um die Ulna herumgeführt, an der vorderen Fläche gekreuzt und rechts und links um die Epicondylen des Humerus zwei Mal herumgewickelt, fest angezogen und die freien Enden abgeschnitten. Dadurch wurde das Auseinanderweichen der Knochen mit Sicherheit verhindert. Die Wundheilung verlief aseptisch, die erwartete Ankylose trat jedoch nicht ein. Das Gelenk steht in einem Winkel von 95°, kann bis 84° gebeugt und bis zu 105° gestreckt werden: die Bewegungen sind schmerzlos, Reibung ist dabei nicht bemerklich. Pronation und Supination sind in mässigem Umfange möglich. Das Ergebniss wäre noch um vieles befriedigender gewesen, wenn die Bewegungen nicht durch die Drahtbefestigung auf einen sehr geringen Umfang beschränkt wären.

Th. knüpft daran die interessante Frage, ob es nicht angezeigt erscheine, in Fällen, in denen sich die Knochen voraussichtlich ungünstig stellen werden, die günstige Stellung von vornherein durch Zuschneiden der Knochenenden zu erleichtern und durch mechanische Vorrichtungen, die am Knochen selbst anzubringen seien, zu sichern. Namentlich hält Verf. bei Schlottergelenken einen derartigen Versuch mit Recht für berechtigt. Hier genüge es dann vielleicht, wenn die Weichtheile sich stark verkürzt hätten, den Humerus halbkreisförmig auszuschneiden und in diesen Ausschnitt die eingekerbte Ulna einzupassen, und die Befestigung den angespannten Weichtheilen zu überlassen. In anderen Fällen werde es sich vielleicht empfehlen, einen silbernen Stift quer durch Humerus und Ulna zu stecken und so ein wirkliches Charnier herzustellen, wie denn noch anderweitige Befestigungen zu versuchen seien, z. B. mittelst Drahtschlingen u. s. w.

Stahl (Berlin).

Bryant. Cases of malposition of the thigh, after hip-joint disease, treated by Adams' operation.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 686.)

Nachdem W. Adams 1869 die subcutane Durchtrennung des Schenkelhalses mit gutem Erfolge zur Verbesserung der Stellung des Oberschenkels ausgeführt, ist dieselbe Operation in England von Jessop, Jordan, Hardie, Gowers, Lund und Bryant gemacht worden. Weniger dankbar dürfte die Operation sein, wenn die Ankylose nach einer pyämischen oder fungösen, nicht rheumatischen Entzündung eingetreten ist.

Von den 4 Fällen Bryant's ist das Journal des einen Kranken, eines erfolgreich operirten jungen Burschen, verloren gegangen, die anderen 3 sind kurz folgende:

1) Vor 6 Jahren ist der jetzt 8jähr. Knabe einige Treppenstufen herabgefallen, der Schenkel war »dislocirt«, nach mehrtägigem Spitalaufenthalte wurde der Kleine mit einem Schienenverbande entlassen. Vier Monate vor der Aufnahme hatte Pat. einen Fusstritt am Gesäss erhalten; jetzt ist der abgemagerte rechte Schenkel um 2½ Zoll verkürzt, der rechte Trochanter springt stark vor, der Schenkel am Becken ziemlich fest ankylosirt; liegt Pat. ganz auf dem Rücken, so steht der Oberschenkel in einem Winkel von 45° nach oben; werden beide Beine gerade gestreckt, dann wird der Rumpf in starker Wölbung nach vorn emporgehoben. An der Hinterseite besteht ein unter dem Gesäss beginnender Abscess; nach dessen Eröffnung findet man keinen Zusammenhang mit dem Hüftgelenk. Adams' Operation, Streckung des Beines, Schienenverband, später erhärtender Verband; 2 Monate später kann Pat. schmerzlos, ohne jede Unterstützung umhergehen, der Winkel zwischen Becken und Oberschenkel beträgt 140°.

2) Der 2. Fall betraf einen 15jähr. Burschen, der im 5. Lebensjahre eine traumatische Hüftgelenkentzündung bekam; nach 6 Jahren eröffnete sich an der Aussenseite des Oberschenkels ein grosser Abscess und nun bildete sich eine Winkelstellung im Hüftgelenke aus, die jetzt einen rechten Winkel beträgt; das Bein ist hochgradig abgemagert, der luxirte Schenkelkopf steht auf der hinteren Beckenfläche; Pat. ging immer mit Krücken umher. Durchsägung des Schenkelhalses; um den Oberschenkel strecken zu können, mussten noch der M. adduct. long. und M. rect. fem. durchschnitten werden. Schienenverband, Extension. Pat. wird mit guter Stellung des Beines entlassen.

3) Im letzten Falle war der 16jähr. Bursche vor 10 Monaten auf den rechten Unterschenkel gefallen; in Folge dessen bildete sich ein Abscess über dem Malleol. int.; später kamen 2 Fistelgänge hinzu; es stiess sich etwas Knochen nach 7 Monaten ab. Pat. bekam sodann Decubitus und eine Flexionsstellung des linken Beines. In der Narkose wurde die Necrotomie der linken Tibia gemacht und 18 Tage später die subcutane Durchsägung des Coll. fem. mit Zuhülfenahme der subcutanen Durchtrennung des M. sartorius. Gelegentliche Abstossung von necrotischen Knochenstückchen der Tibia. Der Oberschenkel stand in einem Winkel von 175°; Pat. konnte gut gehen.

Pilz (Stettin).

A. Bidder. Experimentelle Beiträge und anatomische Untersuchungen zur Lehre von der Regeneration des Knochengewebes, namentlich in Beziehung auf die Resection des Kniegelenks.

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 1. p. 155.)

I. Ueber Regeneration und Bildung von Knochengewebe innerhalb der Markhöhle und Epiphyse der Tibia (und

des Femur). Unter steter Berücksichtigung des Alters der Versuchsthiere wurden nach Eröffnung des Kniegelenks von der knorpligen Gelenkfläche der oberen Tibia- resp. unteren Femurepiphyse aus Zerstörungen des epiphysären und des Markgewebes hervorgerufen und zwar durch Anbohren des Markgewebes, durch theilweises Auslöffeln desselben, durch Hineinschieben eines Knochenstiftes in das Bohrloch, endlich durch Einspritzen einer Jodglycerinlösung, in anderen Fällen einiger Tropfen reiner Milchsäure in das Bohrloch. Die jüngsten Thiere (Kaninchen) waren 9 Wochen, die ältesten über ein Jahr alt: Die Thiere wurden innerhalb eines Zeitraums von 14—110 Tagen getödtet. Der Verf. formulirt seine Resultate in folgende Sätze, aus denen ich das Wichtigste hier kurz anführe. 1) Das Periost reicht nur bis an die Epiphysengrenze und hat während des extrauterinen Lebens gar keine Beziehungen zur Bildung endostalen oder enchondralen Knochengewebes. 2) Das Mark und das Gewebe der Epiphyse besitzt bei erwachsenen Thieren nicht die Fähigkeit, neue Knochensubstanz zu erzeugen. 4) Bei fast oder ganz erwachsenen Thieren wird bei Verletzungen innerhalb der Epiphyse, besonders durch intensivere und länger andauernde Reize etwas Knochen neugebildet (aber nicht in der eigentlichen Markhöhle). 5) Bei in lebhaftem Wachsen begriffenen Thieren ist die Knochenreproduction in der Epiphyse intensiver, auch innerhalb der Markhöhle, wenn das Gewebe durch Einführen von Knochenstäben oder Injection von Milchsäure gereizt wird. 6) Der Grund dieser Erscheinungen liegt darin, dass die osteogene Substanz des Periostes nicht auf die Epiphyse übergeht, und dass sie nach vollendetem Wachsthum auch innerhalb des Markes und der Epiphyse verschwindet und daselbst nicht wieder erzeugt werden kann.

II. Ueber die Resection des Kniegelenks. Verf. spricht sich für Erreichung einer möglichst festen (knöchernen) Ankylose im Kniegelenk aus. Da diese thatsächlich selten bei Kindern eintritt, so glaubt Verf. den Grund dafür in dem Umstande suchen zu müssen, dass gewöhnlich innerhalb der Epiphyse operirt wird. Nach den Experimenten an Thieren wird aber dann beim Erwachsenen (ebenso wie bei den Thieren) jede Knochenbildung ausbleiben (aus dem Verhalten nach Knochenverletzungen zu schliessen). Je jünger das Kind ist, um so reichlicher wird aber Callusbildung ausfallen, besonders dann, wenn das Gewebe der spongiösen Substanz der Epiphysen längere Zeit hindurch gereizt wurde. Letzteres könnte man eventuell durch Einstossen von Metallnadeln zwischen die Knochenenden oder von Elfenbeinstiften erreichen.

Der Anhang (III) enthält unter anderem einige historische Notizen.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

Englisch. Ueber die Behandlung der Varicen.

(Vortrag gehalten im Wiener med. Doctorencollegium am 7. Jan. 1878.)
(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 2.)

Verf. hat, angeregt durch die Erfolge, welche er durch Alkoholinjectionen bei Hernien erzielte, dieselbe Methode bei Varicen versucht. (Nach Schede's Verfahren hatte E. nur anfänglich gute Resultate, die Wegsamkeit der Venen stellte sich wieder her, was freilich auch nach E.'s Methode erfolgen kann.)

E. fasst die Vene mit der Hautfalte zwischen die Finger, eine Spritzennadel wird hinter die Vene gestossen und 1—1,5 ccm 5% (?) Alkohol eingespritzt. Es entsteht eine kleine Geschwulst, und die Vene zieht sich in Folge des äusseren Reizes zusammen. Am folgenden Tage bildet sich eine Infiltration, die selbst zu Eiterung führen kann (?). Mit dem Stärkerwerden und der allmäligen Abnahme der Infiltration verkleinert sich auch das Venenlumen. An der Seite der Vene entsteht eine Längsfurche, die selbst dann noch besteht, wenn aus der Vene ein solider Strang geworden ist. Meist hat E. mehrere Injectionen, bis 6 zu gleicher Zeit gemacht. — Auf varicöse Geschwüre ist die Wirkung auch eine günstige.

v. Mosengeil (Bonn).

E. Hoffmann. Der »Wasserschuss«.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 6 und 7.)

Verf. hat Versuche über die zerstörende Einwirkung von Flüssigkeiten angestellt, die statt der Kugel in Schusswaffen geladen und gegen Leichentheile abgeschossen wurden. Dabei stellte es sich heraus, dass bei geringer Pulverladung die Wirkung kaum grösser war, als sie durch die blossen Explosionsgase bedingt sein würde; diese selbst haben aber intensivere Resultate, als man von vornherein geneigt sein dürfte anzunehmen, wenn nur der Schuss à bout portant abgegeben wird. Bei grösserer Pulverladung ist jedoch die Wirkung eine sehr intensiv-zerschmetternde und natürlich um so bedeutender, je specifisch schwerer die angewandte Flüssigkeit ist, z. B. bei Quecksilber von ganz ausserordentlicher Wirkung.

v. Mosengeil (Bonn).

Fr. Chvostek. Ein Fall von Syphilis der Nebennieren, des Pancreas, der Leber, der Lungen und der Haut.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 33.)

Der Fall, einen im 46. Lebensjahre verstorbenen Mann betreffend, der im 25. Jahre einen Schanker acquirirt hatte, wird aus dem Grunde publicirt, weil die Section neben sonstiger Visceralsyphilis auch das Pancreas und insbesondere die Nebennieren, deren Veränderungen durch Syphilis bis jetzt wenig beobachtet und bekannt sind, mit afficirt zeigte. Die Substanz der letzteren war knorpelähnlich hart, die Oberfläche narbig eingezogen; durchscheinende, bläulichgrau aussehende Partien zeigten sich amyloid entartet. Am Ende des Pancreas wurden narbige Einziehungen gefunden. **v. Mosengeil** (Bonn).

J. Marion Sims. Normal ovariotomy; Battey's Operation — oophorotomy.

(Medical times and gazette 1877. No. 24.)

Verf. theilt mit, dass Battey, nach brieflichen Mittheilungen, die Operation zwölf Mal mit zwei Todesfällen, er selbst siebenmal ohne Todesfall ausgeführt habe. Zwar seien die bis jetzt erreichten Resultate hinter den anfangs gehegten Erwartungen zurückgeblieben, doch halte er ein definitives Urtheil über dieselbe noch für verfrüht. S. schlägt den Namen »Battey's Operation« für dieselbe vor, da Battey sie zuerst in Rom, einer kleinen Stadt in dem nordamerikanischen Staat Georgia ausgeführt habe, und zwar unter den erschwerendsten äusseren Umständen, die ausführlich mitgetheilt werden. Wollte man diesen Namen,

den er vorziehe, um jenen kühnen Operateur zu ehren, nicht, so könne man sie Oophorotomie nennen; der von Battey selbst angegebene Name: »normale Ovariotomie« sei zu verwerfen, da bis jetzt nur kranke Ovarien durch die Operation entfernt worden seien. **H. Wildt** (Berlin).

A. Willet. Abdominal section in a case of ruptured bladder.

(St. Barthol. Hosp. reports Vol. XII. p. 209.)

Ein 48jähr. Mann bekam am Boden liegend einen Fusstritt in die Blasengegend. Sogleich hatte er das Gefühl, als wenn etwas im Bauche auseinander gehe, bekam heftigen Leibschmerz und anhaltenden Urindrang. 4½ Stunden später in's Hospital gebracht, zeigte Pat. sehr erschwerte Athmung, kleinen Puls, die Haut kühl. Am Abdomen keine äusseren Zeichen der Verletzung. Mittelst Katheter wurden 8 Unzen Blut und Urin entleert. Pat. machte die bestimmte Angabe, dass seine Blase vor dem Streite gefüllt gewesen war. Am folgenden Tage, bei Zunahme aller Erscheinungen, Eröffnung des Abdomens in der Mittellinie auf 5—6″ Länge; sogleich fliesst urinöse Flüssigkeit ab; der Riss im Grunde der Harnblase, welcher keine Darmschlinge enthält, geht leicht schräg von hinten rechts nach links und vorn, ist 3½″ lang, geht durch die ganze Dicke der Blase; im hintersten Theile sind seine Ränder uneben; er wird mit 8 feinen Seidensuturen vernäht. Nach möglichster Reinigung der Bauchhöhle wird dieselbe selbst bis auf den untersten Winkel, in welchem ein Drainrohr einliegt, geschlossen. Eine besondere Schwierigkeit für die Vereinigung gaben die ausgedehnten Därme ab; der eingelegte Katheter bleibt liegen. Anfangs fühlt sich Pat. etwas wohler; doch stirbt er am Nachmittag des folgenden Tages. Section: Die Abdominalwunde hält gut zusammen, an ihrer Innenfläche adhäriren die unter einander verklebten Därme; ebenso an der Blase, deren Riss bis auf die 2 hintersten Nahtstellen vereinigt gefunden wird. — Bei der Seltenheit obiger Traumen fehlt dem Einzelnen die sichere Richtschnur zum Handeln. Nach Birkett starben von 50 Blasenrupturen 47; von den 3 Genesenen zeigte nur 1 Erscheinungen von Urinextravasation in's Peritoneum. Stephen Smith stellte 78 Fälle zusammen; von den 5 Genesenen hatten nur 3 eine äussere Gewalt erlitten; nur 1 hatte Urinextravasat in's Peritoneum. Bisher ist nur 2 Mal operativ eingegriffen worden. In beiden Fällen (Stephen Smith und Erskine Mason) führte der Lateralschnitt zur Erhaltung des Lebens und Heilung. Die genauere Analyse dieser Fälle macht es W. wahrscheinlich, dass in beiden Fällen nicht das Peritoneum mitzerrissen war; deshalb möchte er die von Stephen Smith ausgeführte und angerathene Operation nicht für Fälle von Blasenrupturen angewandt wissen, zumal dadurch nie der Riss in der Blase geschlossen werde. Er räth deshalb, sobald die Diagnose auf Blasenruptur, die nur bei einer gefüllten Blase durch direct auf die Blasengegend einwirkende Gewalt entstehen könne, gestellt sei, keine Zeit mit dem Zuwarten zu verlieren, die Blase durch den Bauchschnitt frei zu legen, den Riss genau zu vernähen, sich von dem Schluss durch nachträgliche Injection per Katheter zu überzeugen und nun die Bauchwunde wieder zu schliessen. Er habe den Fehler gemacht, zu warten und die genähte Blase nicht auf Schlussfähigkeit zu prüfen; dadurch habe man die beiden Quellen für Peritonitis bestehen lassen.

Pilz (Stettin).

Schoemaker. Knochenreproduction nach Resectio humeri.

(Vortrag, gehalten beim fünften Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

Ein 18jähriger Bursche erkrankte unter den Erscheinungen der acuten Osteomyelitis des rechten Oberarms. S. eröffnete auf der Hinterseite der rechten Schulter einen Abscess, in dessen Tiefe man ein grosses Stück des oberen Theils vom Oberarmbein vom Periost entblösst fand. Es wurde 3 Wochen nach der Erkrankung die Incisionswunde nach unten erweitert und mit der Kettensäge das 15 cm lange entblösste Stück des Oberarms abgetrennt. Die Lösung der Tubercula aus den Sehnenansätzen gelang leicht.

Bei Behandlung mit gefenstertem Gypsverband und Carbolcompressen erfolgte Heilung.

Der Arm zeigt keine Spur von Verkürzung, der Knochen hat sich also vollständig neu gebildet. Dabei sind die Bewegungen vollständig frei. Ausser dem guten Resultat findet S. die Grösse der Zerstörung am resecirten Kopf auffällig, die in 3 Wochen zu Stande gekommen sein müsste. Bei der Discussion erklären sich Volkmann, Esmarch und Hüter dafür, dass eine osteomyelitische Epiphysenlösung vorgelegen habe, und von S. nur die Diaphyse resecirt sei, während der Kopf im intacten Gelenk zurückblieb. Esmarch erinnert an die Aehnlichkeit des vorliegenden Falles mit dem von White 1768 operirten, und als erste Schultergelenkresection beschriebenen.

S. schliesst sich dem Urtheil der Herren Vorredner an.

v. Langenbeck macht darauf aufmerksam, dass (auf der Photographie) die Gegend des M. deltoideus auffallend abgeplattet sei. **A. Genzmer** (Halle).

Panas. Sur une cause peu connue produisant la paralysie du nerf cubital.

(Bullet. de l'acad. de médecine 1877. No. 2. p. 186.)

Verf. hat die genannte Paralyse verursacht gefunden durch ein Sesambeinchen im inneren seitlichen Cubitalligament, die Exstirpation desselben war von Vereiterung des Ellenbogengelenks und Tod gefolgt.

Als weitere von ihm beobachtete Ursachen führt er auf: eine 12 Jahr alte Fractur (wo?), eine »Vermehrung des Volums der Trochlea durch trockene Arthritis«, eine chronische Neuritis. **Mögling** (Schwenningen).

M. Vast. Luxation fémoro-tibiale en arrière; rupture de l'artère et de la veine fémorale. Gangrène du pied et de la jambe. Amputation de la cuisse au $^1/_3$ inférieur. Guérison.

(Bulletins de la société de chirurgie 1877. No. 10.)

Ein 73jähriger ungewöhnlich rüstiger Greis wurde am 8. Aug. 1876 von einem herabstürzenden schweren Balken mit grosser Gewalt gegen die hintere untere Partie seines rechten Oberschenkels getroffen, während der Unterschenkel durch einen Schutthaufen am Ausweichen nach vorn gehindert wurde. Er stürzte sofort bewusstlos zusammen. Ein zufällig hinzukommender Arzt konnte wegen der bedeutenden Schwellung des Gelenkes besonders in der Kniekehle keine bestimmte Diagnose stellen.

Der Kranke wurde auf einer Tragbahre nach seiner 1 km weit entfernten Wohnung gebracht, und Verf. zu Rath gezogen.

Er fand ihn bei wiedergekehrtem Bewusstsein ohne heftige Schmerzen im Bett liegend, das rechte Bein halb flectirt, und unfähig, active Bewegungen auszuführen. Passiv war ziemlich ausgedehnte Flexion und beschränkte Extension möglich. Bedeutende Schwellung des Gelenkes, besonders in der Kniekehle, wo sich ausgedehnte Blutsuggillationen befinden. Die Patella etwas emporgehoben, an ihrem unteren Rande, da wo das lig. patell. sich inserirt, zeigt sich eine deutliche Einsenkung. Genauere Untersuchung ist der bedeutenden Schwellung wegen nicht möglich. Das Gelenk ist auf Druck ziemlich empfindlich. Verkürzung ist anscheinend nur wenig vorhanden. An der vorderen mittleren Partie der Tibia eine oberflächliche Contusionswunde.

Die Temperatur der Extremität ist normal. Dagegen sind die Bewegungen des Fusses beschränkt, die der Zehen gänzlich aufgehoben. Die Sensibilität an der innern Seite und den 3 ersten Zehen erhalten; an den übrigen Zehen und der Planta pedis verringert; an der äusseren Hälfte das Dorsum pedis gänzlich geschwunden. Puls nicht zu fühlen.

Während sich in den nächsten Tagen fortschreitende Gangrän des Fusses entwickelt, wird endlich am 17. Aug. die Luxation der Tibia nach hinten diagnosticirt und leicht reponirt, natürlich jetzt zu spät. Die Gangrän schritt weiter und führte am 26. Aug. zur Amputation des Oberschenkels im untern Drittel. Pat. übersteht dieselbe gut und ist am 2. October geheilt.

Die Autopsie des entfernten Gliedes ergiebt folgenden interessanten Befund: Bedeutender Bluterguss in's Gelenk und die umgebenden Weichtheile. Die Muskeln und Nerven intact. Ebenso die Ligg. lateralia und das Lig. patell. Dagegen sind das Lig. poplit. und die Ligg. cruciata zerrissen, die Arteria poplitea ist im Niveau der Gelenkspalte zerrissen (trotzdem kein traumatisches Aneurysma?), das obere Ende thrombosirt. Die Vene ist weiter oben rupturirt, das untere Ende von einem langen Thrombus, der sich bis in die nächsten Verzweigungen erstreckt, ausgefüllt. Ausser der Abreissung eines Fragments der Tuberos. tib. durch das Lig. patell. waren keine wesentlichen Verletzungen der Knochen selbst vorhanden. **P. Schede** (Magdeburg).

W. Rivington. A case of rupture of the internal and middle coats of the popliteal artery, and complete rupture of the popliteal vein; for wich primary amputation of the thigh was successfully performed.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 47.)

Ein 19jähriger auf einer Bank sitzender Mann erlitt eine heftige Quetschung der Kniee; bei Abwesenheit einer Luxation oder einer nachweisbaren Fractur war das linke Knie geschwollen und konnte nur mit starken Schmerzen etwas gebeugt werden. Die Schwellung nahm am folgenden Tage stark zu, auch wurde das Bein von der Mitte des Unterschenkels ab unempfindlich; in der Tibial. ant. war ein sehr leises Klopfen bei genauer Untersuchung noch wahrzunehmen; im Verlaufe der Poplitea nur ein ticktackartiges Geräusch. Als der linke Unterschenkel auch kühler wurde und ein marmorirtes Aussehen annahm, machte R. die Amputation im unteren Drittel des Oberschenkels 2 Tage nach dem Unfall. Guter Verlauf; Heilung. Die ganze Kniekehle war erfüllt mit dunklem Blute; auch floss solches aus dem hinteren Theile des eröffneten Kniegelenks. Der Kopf des M. plantar. war abgerissen; die Ven. popl. quer durchtrennt, die Wandung der anliegenden Arterie verdünnt. In der aufgeschnittenen Arterie sah man die Intima und media auf 1/2" Länge losgelöst und nach innen umgerollt. Die Nn. poplit. und tibial. post. waren fast in ihrem ganzen Verlaufe in geronnenes Blut eingebettet. Im Kniegelenk, das theilweise mit Blut angefüllt war, zeigte sich das Lig. mucos. zerrissen, das Lig. cruc. ant. lädirt, der äussere halbmondförmige Zwischenknorpel dislocirt. Durch eine tiefe Furche war der Condyl. ext. fem. fast ganz abgetrennt, ein kleines dreieckiges Knochenstück lag im Gelenk; im oberen Theile der Tibia bestand eine Fractur.

Sind schon die meist mit Luxation complicirten Rupturen der Art. Poplitea selten, so sind es noch in höherem Grade die partiellen Rupturen. Verf. war im vorliegenden Fall für primäre Amputation, obwohl glücklich verlaufene secundäre Amputationen von verschiedenen Autoren publicirt sind, weil er den durch die etwaige Blutzersetzung gegebenen Gefahren vorbeugen wollte. Von partiellen Rupturen erwähnt R. die Beobachtungen Pick's (Axillaris, Poplitea) noch im Besonderen. **Pilz** (Stettin).

Becker. Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre.

(Berl. klin. Wochenschr. 1877. No. 47.)

Verf. empfiehlt die, wie er meint, fast verlassene Methode des Heftpflasterverbandes, der aber sehr sorgfältig angelegt werden soll. Das Bein soll vorher gereinigt, durch horizontale Lagerung vom Oedem befreit werden, über den Heftpflasterverband eine Einwicklung mit einer Binde, oder bei starker Wundsecretion mit Lister'scher Gase kommen und im letzteren Falle der Verband alle 2—3 Tage mit spirituöser Carbollösung besprengt werden. Alle 4 Wochen wird der Verband spätestens erneut. **v. Mosengeil** (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 21. Sonnabend, den 25. Mai. 1878.

Ueber Fäden aus Walfischsehnen als Ersatz für Catgut.

Von
Dr. E. Baelz,
Prof. der Medicin an der Universität Tokio, Japan.

Während die Präparation, die Art der Aufbewahrung, die unbequeme Transportweise und der hohe Preis des Catgut entschiedene und schwer zu beseitigende Hindernisse für seine allgemeine Verwendung als Wundnähmaterial bilden, ist von Herrn Ischiguro, japanischem Oberstabsarzt, ein Stoff aufgefunden worden, welcher alle Vortheile des Catgut ohne seine Nachtheile darbietet, und hat mich Herr Ischiguro ersucht, diesen Stoff in Deutschland bekannt zu machen, was ich bei der Wichtigkeit des Gegenstandes natürlich mit

grösstem Vergnügen thue. Es sind dies Fäden aus Walfischsehnen, welche ganz nach Art gewöhnlicher Seidenfäden aufbewahrt und angewendet werden. Sie werden im Körper ganz in derselben Weise resorbirt wie Catgut, nur noch schneller und vollständiger, wie aus folgenden Versuchen hervorgeht.

Einem Hunde wurde an der Rückenhaut eine 4 cm lange Hautwunde gemacht und in eine Tasche des Unterhautgewebes 1 Stück Catgut von 3 cm, 1 Stück Sehnenfaden von derselben Stärke und Länge, und endlich ein ebensolches Stück, welches vorübergehend in Leberthran gelegen hatte, eingebracht, darüber die Hautwunde mit 1 Catgutnaht, 3 Sehnenfadennähten und 3 Nähten mit Leberthransehnen geschlossen (alles unter Carbolnebel). Darüber ein Heftpflaster. Nach 70 Stunden wurde das Pflaster abgenommen es blieben sämmtliche Leberthranfäden ohne alles Weitere daran hängen, während die 3 anderen Sehnenfäden und der Catgut sich durch mässigen Zug mit der Pincette entfernen liessen. Bei allen war der innerhalb des Stichcanals liegende Theil resorbirt worden. Das am äusseren Ende des Stichcanals liegende Ende der Sehnenfäden war milchartig weich zerflossen und zeigte sich bei der mikroskopischen Untersuchung aus feinstem Detritus bestehend, mit etlichen elastischen Fasern, aber wie ich besonders hervorhebe, ohne alle weissen Blutkörperchen. Die Wunde war ohne Eiterung völlig geheilt. Nach zwei weiteren Tagen wurde dieselbe gewaltsam wieder geöffnet und die versenkten Fadenstücke aufgesucht. Man fand keine Eiterung, aber ein paar Tropfen trüben Serums im Unterhautgewebe. Das Catgut war nahezu unverändert, von derber, fester Consistenz. Anstatt der beiden Sehnenfäden zeigte sich ein kleiner milchweisser zerfliesslicher Klumpen, wie nekrotisches Sehnen- oder Bindegewebe aussehend, der sich unter dem Mikroskop als zerfallenes oder zerfallendes feinstfaseriges welliges Gewebe mit elastischen Fasern und einer bedeutenden Anzahl weisser Blutkörperchen herausstellte. Daneben fanden sich zahlreiche grosse runde oder ovale, an Grösse zwischen Eiterkörperchen und Epithelien in der Mitte stehende Zellen, namentlich an den Rändern angehäuft (Plasmazellen?). Hätte man mit der Eröffnung der Wunde noch ein paar Tage gewartet, so wäre alles verschwunden gewesen, was mit den unten anzuführenden Erfahrungen Herrn Ischiguro's völlig übereinstimmt.

Auf das Einlegen der Fäden in Leberthran war ich durch die Ueberlegung gebracht worden, dass der Thran als leicht aufsaugbares und zugleich etwas desinficirendes thierisches Oel die Resorption überhaupt erleichtern und zugleich die Fäden weicher machen müsste, was sich auch vollkommen bestätigte. Vielleicht liesse sich der Leberthran auch für die Darstellung des Catgut verwenden.

Der Gebrauch der Sehnenfäden bei Operationen (Geschwulstexstirpation, Ligatur) gab ganz dasselbe Resultat. — Danach kann kein Zweifel bestehen, dass wir in diesen Fäden einen trefflichen Ersatz für Catgut besitzen, um so mehr als erstere auch viel weicher, ge-

schmeidiger und selbst fester sind, als der letztere. Der einzige Vorwurf, der ihnen etwa gemacht werden könnte, wäre der, dass sie für manche Zwecke zu schnell resorbirt werden; die Erfahrung hat diese Furcht als unbegründet erwiesen. Eventuell liesse sich durch starkes Drehen etc. gewiss auch eine längere Resistenz der Fäden erzielen.

Bis jetzt kamen nur Walfischsehnen zur Verwendung; es ist aber a priori nicht einzusehen, warum sich nicht etwa die langen Sehnen anderer, dem Europäer leichter zugänglichen Säuger zu demselben Zwecke brauchen lassen sollten.

Da solche Walfischsehnenfäden nach Leipzig, Strassburg und Stuttgart geschickt worden sind, so wird also bald von competenter Seite über ihre Brauchbarkeit geurtheilt werden können.

Zum Schlusse folgt hier noch eine Uebersetzung des Artikels der japanischen medicinischen Zeitung, durch welche Herr Ischiguro die Entdeckung seinen Landsleuten mitgetheilt hat, und welcher für europäische Leser nicht uninteressant sein wird als Probe für den Stil unserer japanischen Collegen.

»Bekanntlich hat sich die Entdeckung des Catgut als ein grosser Vortheil für die chirurgische Behandlung innerer Organe z. B. Ovarium, Darm etc. sowie für die Arterienligatur erwiesen, und auch ich habe es oft mit Nutzen angewendet. Es ist aber unangenehm, dass es so theuer ist, in Carbolöl aufbewahrt werden muss und sich nicht leicht transportiren lässt. Ich war in diesem Jahre in Osaka[1]), und habe daselbst im Laufe von 10 Monaten über 6000 Verwundete selbst beobachtet und oft Catgut gebraucht. Dabei haben mich oben angeführte Nachtheile auf einen neuen Gedanken gebracht. Schon vor 3 Jahren hatte ich beim Anblick eines Instrumentes zur Baumwollereinigung, auf welchem Fäden von Walfischsehnen saitenartig ausgespannt waren, vermuthet, dass sich solche Fäden vielleicht anstatt Catgut verwenden liessen, hatte aber damals aus Mangel an Zeit nicht näher darauf eingehen können. In diesem Jahre aber habe ich zahlreiche Versuche damit gemacht. Diese Fäden bestehen aus zerfaserten und zusammen gedrehten Walfischsehnen. Die Bereitung ist sehr einfach. Ein Faden von 1 m Länge wiegt 18 cg und trägt 1940 g ohne zu zerreisen. Ich hatte keine Zeit zu Thierversuchen, und experimentirte daher gleich am menschlichen Körper. Ein Stück Sehnenfaden in eine Wunde gelegt, war nach 7 Tagen spurlos verschwunden. Sodann habe ich mehrmals Arterien damit unterbunden und ganz denselben guten Erfolg beobachtet. Die Aufbewahrung dieser Fäden ist sehr leicht und wie die gewöhnlicher Nähfäden. Ich glaube dass die Fäden wenigstens 2 Vortheile vor dem Catgut besitzen: 1) Billigkeit, 2) leichte Transportabilität.

Deswegen mache ich diese Erfahrungen den Aerzten aller Länder bekannt.«

---

[1]) Seestadt mit 400000 Einwohnern.

Münnich. Ueber die Verwendbarkeit des nassen Carboljuteverbandes in der Kriegschirurgie und über einige Versuche zur Herstellung billiger trockener antiseptischer Verbände.

(Deutsche Militärärztliche Zeitschrift 1877. VI. Jahrg. Hft. 10.)

M. giebt in einer sehr werthvollen Arbeit einen sehr interessanten Bericht über seine Versuche, ein für die militärärztliche Praxis brauchbares Substitut des Lister'schen Verbandes, dessen allgemeine Anwendung besonders wegen seiner Kostspieligkeit unmöglich ist, herzustellen. Zunächst bespricht er den von Köhler angegebenen und in die Praxis eingeführten nassen Carboljuteverband, der in finanzieller Hinsicht wohl den Anforderungen genügt, doch nach den statistischen Berichten Köhler's noch weit hinter den Wirkungen des trocknen Lister'schen Verbandes zurückbleibt. Lister wendet die nassen Verbände nur bei zu stark secernirenden Wunden mit permanenter Ueberrieselung an; Bardeleben giebt ihnen keine so dauerhafte Wirkung als dem trocknen Verbande; einmal sind diese Verbände durch ihre Feuchtigkeit eine geeignetere Brutstätte für Bacterien, begünstigen die Zersetzung der Secrete, dann aber verdunstet aus ihnen die Carbolsäure zu schnell, die darin fixirt, obige Bedenken beseitigen würde. Nach Versuchen hält die Verdunstung der Carbolsäure mit der des Wassers ungefähr gleichen Schritt und steigt bei Erhöhung der Temperatur ganz erheblich; während sie bei 12° R. für einen Tag 50% beträgt, ist sie bei der Körpertemperatur 95%, so dass ein während 24 Stunden der Körperoberfläche aufliegender Jutekuchen kaum noch einen merklichen Carbolgehalt aufweist. Dann wird auch die Carbolsäure im nassen Verbande von den vordringenden Secreten ausgelaugt, so dass die nachfolgenden Massen eine undesinficirte Bahn vorfinden, was die Infection um so mehr begünstigt, als in nassen Verbänden die Secrete meist vom Centrum direct zur Peripherie fortschreiten. Die nachträgliche Desinfection muss daher häufig ausgeführt werden, oder es müssen, wenn die Ueberrieselung nach Köhler's Vorschrift nur 2 Mal täglich vorgenommen werden soll, die Verbände sehr dick angelegt werden. Beides ist in der Kriegspraxis nicht auszuführen, da das Material häufig zu knapp, die Ueberrieselung seitens des Wärterpersonals nicht zu controliren ist.

Dann wird durch den fortdauernden Contact nasser Verbände die Haut zu sehr angegriffen; es entstehen Eczeme, Decubitus etc., so dass man z. B. den Verband an dem oberen Theile des Oberschenkels, Schulter und Rücken gar nicht anwenden kann. Endlich ist die Gefahr einer Carbolintoxication grösser.

Abgesehen von allen diesen Mängeln ist der nasse Carboljuteverband auf dem Schlachtfelde kaum anzuwenden, da nur trocknes Material mitgeführt werden kann und die Zubereitung desselben auf dem Truppenverbandplatze oder selbst noch auf dem Detachements-

verbandplatze auf unüberwindliche Schwierigkeiten stösst. Die Jute soll 1 Stunde in 5% Carbollösung liegen, dann in 2% Lösung deponirt werden. Woher soll man die dazu nöthigen Gefässe nehmen, ja woher in vielen Fällen das nöthige Wasser? Will man dann den Verwundeten solche Mengen Jute auflegen, wie es bei Bardeleben Gebrauch ist, so würde bald Mangel an Material sein; ausserdem würde es unmöglich sein, eine derartig verbundene Schussfractur zu schienen, da keine Schiene dem Jutewulst zu adaptiren ist. Die spätere Desinfection des Verbandes, die ja durchaus nothwendig ist, ist unausführbar, besonders beim Transport der Verwundeten zu entfernter liegenden Lazarethen, es fehlt an Gefässen und wenn der Transport auf kleinen Gefährten erfolgt, auch am Personal. Da eine genügende Menge wasserdichter Unterlagen nicht bei der Hand ist, wird in den Feldlazarethen die Durchnässung des Bettes und daraus folgende Fäulniss des Lagerungsmaterials nicht zu vermeiden sein.

Aus diesen Gründen hält M. den nassen Carboljuteverband trotz seiner sonstigen Vorzüge im Felde für unbrauchbar und strebt danach, ihn durch einen trocknen zu ersetzen. Abgesehen von seiner Kostspieligkeit ist der Lister'sche Verband auch deshalb im Felde nicht zu benutzen, da man dort einen Verband braucht, der jeden Augenblick aus dem Rohmaterial ohne Apparate bereitet werden kann. Der Salicylwatte kleben dieselben Mängel an, als dem Lister'schen Verbande. Salicyljute ist wohl billiger, doch bedarf ihre Präparation mehrere Tage und ist das Präparat zu ungleichmässig, lässt den Salicylstaub zu leicht herausfallen. Und wenn auch dies durch etwas grösseren Zusatz von Glycerin und Borsäure gehoben werden kann, so ist sie in ihrer Wirkung, wie allerseits bestätigt wird, zu unzuverlässig. Zudem theilt M. die Ansicht Lister's, dass das in trocknen Verbänden anzuwendende antiseptische Mittel flüchtig sein müsse.

Als Verbandmaterial hat die Jute die meisten Vorzüge, sie ist billig, saugt die Secrete gut auf, zumal wenn sie leicht mit Glycerin angefeuchtet ist, lässt sich ohne Schaden ziemlich stark comprimiren. Als Antisepticum schien die Carbolsäure unübertroffen. Doch wie dieselbe in der Jute fixiren? Die Jute in der Lister'schen Masse zu tränken und das überschüssige Harz auszupressen, war wegen des Zusammenkleben der Fasern unmöglich. M. machte Versuche, die Carbolharzmasse zu lösen und wandte Spiritus, Benzin, Petroleumäther u. s. w. an; danach fand er als eine geeignete Masse folgende für 1 Pfd. Jute bestimmte Composition.

acid. carbol. . . .	50,0 g
Colophonium . . .	200,0 -
Glycerin	250,0 -
Spiritus.	550,0 -

Und zwar wird das fein pulverisirte Colophonium unter leichter Erwärmung in dem grösseren Theile des Spiritus aufgelöst, nach dem Erkalten die Carbolsäure, die in dem Rest des Spiritus gelöst ist, zugesetzt und nach einigen Minuten auch das Glycerin. Mit dieser

Lösung wird die Jute überschüttet, durchgearbeitet und, wenn die Fasern derselben durch Verdunstung des Spiritus zu verkleben anfangen, ausgezupft und zum Trocknen ausgebreitet. Das Zerzupfen, welches das Zusammenkleben verhüten soll, ist leichter, wenn der Masse 50,0 g Stearin zugesetzt sind, welches mit dem Colophonium zugleich gelöst wird; allerdings trocknet die Jute dann langsamer. Das Trocknen geschieht in einem kühlen, trocknen Zimmer. Ohne Stearinzusatz ist die Jute bereits nach 4 Stunden trocken, kann schon nach 12—18 Stunden verwandt werden. Am Besten hält sie sich stark comprimirt, in Pergamentpapier eingewickelt, an einem kühlen, trocknen, abgeschlossenen Orte. Ein gutes Präparat soll ganz homogen sein, stark nach Carbolsäure riechen, darf bei stärkerem Drucke in seinen Fasern nicht zusammenkleben, oder sich feucht anfassen.

Ein Kilo Carboljute kann in Allem von 2 Mann in $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde völlig hergestellt werden.

Das Präparat ist doppelt so schwer, als rohe Jute, nimmt $^1/_3$ grösseres Volumen ein; bezüglich seines Carbolgehalts soll es 10 % sein, jedoch geht bei der Verdunstung des Spiritus noch etwas Carbolsäure verloren. Die chemische Untersuchung einen Tag nach der Bereitung ergab stets 8 %, also mehr als die Lister'sche Gaze. Der Verband wird ähnlich, wie der Lister'sche, angelegt. Die Jute wird vorher ausgezupft; dann nachdem die Wundumgebung mit nasser Carboljute gereinigt, der Wunde ein Bausch trockner Jute aufgedrückt; beim ersten Verbande ohne Protectiv, zumal bei kleinen Wunden, damit das Secret mit der Jute zum trocknen Schorf verbacken kann. Bei sehr grossen Wunden kann man, um das Ankleben der Fasern an der Wunde zu verhüten, ein Stück carbolisirten Mulls oder ein in Carbolöl getauchtes Läppchen unterlegen, bei späteren Verbänden ist Protectiv vorzuziehen.

Ist die Wunde bedeckt, so wird der Spray fortgelassen, die Umgebung nochmals gereinigt und nun eine mehrfache Lage lockerer Jute bis zu 3 cm Dicke weit über die Dimensionen der Wunde hinaus aufgelegt. Bei frischen oder stärker secernirenden Wunden empfiehlt es sich, vor der äussersten Schicht ein Stück gut desinficirtes Guttaperchapapier einzulegen. Das Ganze wird mit nassen Carbolgazebinden, die fest angelegt werden müssen, befestigt. Durch nachträgliches Zusammendrücken und Austrocknen der Binden wird der Verband leicht locker; man kann es verhüten, wenn man von vornherein trockne Carbolgazebinden benutzt.

Der Verband bleibt so lange liegen, bis die bekannten Erscheinungen zum Wechsel zwingen.

M. hat nun weitere Versuche, betreffend die Dauerhaftigkeit des Präparats, wie lange die Carbolsäure darin festgehalten wird, angestellt. Er nahm frisch präparirte Jute, deren Carbolgehalt auf 8,1 % bestimmt war, und bewahrte davon je 50 g: 1) In einer Blechbüchse, 2) in einer Porzellanbüchse, 3) locker zusammengepackt in Perga-

mentpapier, 4) ebenso in Zeitungspapier, 5) ganz lose, völlig freiliegend auf und untersuchte alle 8 Tage die verschiedenen Sorten. Nach 4 Monaten hatten nur die ganz freiliegende Jute und die in Zeitungspapier aufbewahrte erheblich abgenommen, sie enthielten nur 4,0 % und 4,6 % Carbolsäure, während die anderen Sorten 6,5 % und 6,9 % enthielten, so dass hier die Abnahme nur 1—1½ % betrug. Nach ½ Jahre enthielten jene nur etwas über 2 %, diese letzteren jedoch noch 4,8 % und 5,7 %. Noch besser würde sich natürlich das Präparat in gepresstem Zustande, wie es ja in den Krieg mitgenommen würde, halten.

Aehnliche Untersuchungen alter Lister'scher Gaze ergaben, dass dieselbe nach 5 Jahren keinen nachweisbaren Carbolgehalt mehr, nach 1½ Jahr in der ursprünglichen Verpackung 5 %, nicht so sorgsam aufbewahrt nur 3,8 % Carbolsäure enthielt. Ferner legte M., um die Haltbarkeit im Verbande zu prüfen, 200 g Carboljute in 2 cm dicker Schicht einem Unterschenkel auf; nach 4 Tagen ergab sich in allen Schichten eine durchschnittliche Abnahme von 1,2 % Carbolsäure, gleichgültig ob der Verband mit Guttaperchapapier bedeckt war, oder nicht. Zum Vergleiche entnahm er einem typisch angelegten Lister'schen Verbande nach 7 Tagen aus der 6. und 7. Lage Stücke, und ebenso aus der entsprechenden Höhe eines gleich lange liegenden Juteverbandes Proben; es zeigte sich, dass diese unter Guttaperchapapier 4,5 %, ohne dasselbe 4,1 %, die Lister'sche Gaze mit demselben 3,6 %, ohne dasselbe 3,1 % Carbolsäure noch enthielt, wobei jedoch zu bemerken ist, dass die Jute ursprünglich 8 %, die Gaze nur 5 % Carbolsäure enthielt.

Jedenfalls glaubt M. durch diese Versuche die hinreichende Beständigkeit seines Präparats bewiesen zu haben.

Wenn sie also in ihrer Wirkung der Lister'schen Gaze gleichkommt, so hat sie vor derselben den Vortheil ihrer leichten Bereitbarkeit da sie ohne jeden Apparat in kurzer Zeit von jedem Gehülfen und selbst Laien hergestellt werden kann; dann den Vorzug eines wesentlich niederen Preises. Ein Kilo Carboljute stellt sich mit allen Zuthaten auf ca. 1,3 ℳ, während sich ein nasser Carboljuteverband mit Nachdesinficirung während 3 Tage auf 1,4 ℳ stellen würde. Ein Verband für einen Oberschenkelstumpf würde sich bezüglich der Kosten bei den verschiedenen Materialien etwa folgendermassen stellen:

	Fabrikpreis,	selbst bereitet.
Antiseptische Gaze	0,86	0,60
Salicylwatte	0,78	—
Salicyljute	0,72	0,38
Trockne Carboljute	—	0,25
Nasse Carboljute 200 g	—	0,28

Bezüglich der therapeutischen Wirkung behauptet M. in 8monatlicher Anwendung dieselben Resultate erzielt zu haben, wie man sie nur bei guten antiseptischen Umhüllungen zu sehen gewohnt ist.

Bei Ulcerationen, bei denen die gewöhnlichen antiseptischen Verbände zur Beseitigung der Sepsis nicht genügen, empfiehlt er unter

dem Verbande die Geschwüre nach einer vorherigen Auswaschung mit 5 % Carbollösung mit Jodoform zu bestreuen und darüber den Verband anzulegen; so habe er noch mehrfach überraschende Erfolge erzielt.

Schliesslich berichtet M. noch über einige andere trockne, antiseptische Verbandstoffe; er hat trockne antiseptische Gazebinden hergestellt, indem er die Binden in einer ähnlichen Lösung tränkte, die etwas weniger Glycerin enthielt; ebenso carbolisirte Gaze, indem er entstärkte Gaze damit tränkte. Dann hat er nach dem Listerschen Borlint Borsäurejute bereitet, die sich noch billiger als die trockne Carboljute stellt, jedoch in der Wirkung hinter derselben zurückbleibt.

Als Anhang zu dieser verdienstvollen Arbeit giebt M. noch »Eine Anleitung zum quantitativen Nachweis des Carbolgehalts antiseptischer Verbandstoffe«. Als Fällungsmittel der Carbolsäure benutzt er Bromwasser, das im Ueberschuss hinzugesetzt mit ihm in Wasser unlösliches Tribromphenol bildet. Da dasselbe in Spiritus, Aether etc. löslich ist, so bereitet er den Extract aus dem zu untersuchenden Verbandmaterial, indem er dasselbe in einer Flasche mit heissem Wasser übergiesst, die Flasche schnell zukorkt und tüchtig schüttelt. Durch das heisse Wasser wird der harzige Ueberzug von den Fasern des Verbandstoffes gelöst, und tritt das Phenol in Lösung. Die Flüssigkeit wird 12—24 Stunden stehen gelassen, dann durch ein feines Sieb gegossen und die Jute möglichst stark ausgepresst und ausgespült. Die erhaltene, durch harzige Beimengungen noch getrübte Flüssigkeit wird zur Untersuchung benutzt. Nun bedarf jeder Gewichtstheil Phenol 5,106 Gewichtstheile Brom, um 3,52 Gewichtstheile Tribromphenol zu ermöglichen. Hat man demnach von $^1/_{10}$ Normal-Bromlösung (8,0 : 1000,0), so würde man davon 63,8 ccm gebrauchen, um 0,1 Phenol in Tribromphenol zu verwandeln. Da dasselbe aber eine überschüssige Brommenge zur Ausscheidung bedarf, muss zur Bestimmung des Ueberschusses an Brom eine Restanalyse eingeschlagen werden, das geschieht durch Zusatz einer Jodkaliumstärkelösung und Zurücktitriren mit unterschwefligsaurem Natron. Das überschüssige Brom macht gleiche Atome Jod frei, welches die Stärkelösung blau färbt, und das unterschwefligsaure Natron bindet (2 : 1) das Jod wieder und klärt die Flüssigkeit. Man braucht also zu den Untersuchungen 1) eine $^1/_{10}$- (8 : 1000) Bromlösung, 2) eine $^2/_{10}$- (24,8 : 1000) Normallösung von unterschwefligsaurem Natron, 3) eine Jodkaliumlösung, am besten 1 : 10, und beliebige Stärkelösung.

Indessen wird die Untersuchung wegen der leichten Verdunstung des Brom noch complicirter, indem man vor jeder Untersuchung durch eine bekannte Carbollösung die Stärke der Bromlösung bestimmen muss.

Einfacher, allerdings nicht ganz so sicher, ist die folgende Methode, die darauf beruht, dass Aether allen Flüssigkeiten das freie

Brom entzieht und sich damit braun färbt. Von einer genau bestimmten Bromlösung wird so lange der zu untersuchenden Carbollösung zugesetzt, bis nach dem Schütteln der einer Probe zugesetzte Aether sich braun zu färben beginnt. Das Brom verwandelt sich mit der Carbolsäure zunächst in lösliches Monobromphenol, sobald die Umwandlung geschehen ist und sich bei weiterem Zusatz das Brom mit dem Phenol zu Tribromphenol niederschlagen würde, färbt sich der Aether bräunlich. Aus der Menge der zugesetzten Bromlösung kann dann der Carbolgehalt der zu untersuchenden Flüssigkeit, resp. des Verbandstoffes ziemlich genau berechnet werden. Bezüglich der Einzelheiten der Untersuchungen muss auf das Original verwiesen werden. **Boeters** (Berlin).

S. Stricker. Untersuchungen über die Contractilität der Capillaren.

(Wiener med. Jahrbücher 1878. Hft. 1.)

S. beobachtete an den Capillaren ganz junger curarisirter Froschlarven bei Anwendung elektrischer Reizung eine bedeutende Verengerung des Rohres, manchmal bis zum scheinbaren Verschwinden des Lumens. Wurde die Reizung sistirt, so war in den meisten Fällen die Verengerung von einer ausgesprochenen Erweiterung gefolgt. An ältern Quappen war der Versuch unsicher; erst wenn die Thiere mit verdünnter Alkohollösung behandelt worden waren, gaben sich theils spontan, theils auf elektrische Schläge abwechselnd Contractionen und Erweiterungen an den Capillaren zu erkennen. In dem letzten Factum sucht S. eine Bestätigung seines früher aufgestellten Satzes, dass Formelemente in bestimmten Altersstadien durch gewisse Einflüsse auf den Jugendzustand zurückgeführt werden können. Ein solcher Einfluss ist unter gewöhnlichen Verhältnissen im Entzündungsreiz gegeben, ein Reiz, der nach der Anschauung des Verf. die unbeweglichen Zellen der Bindesubstanzen amöboid machen, sie zur Kernvermehrung und Zelltheilung veranlassen kann. Da nach S's. Auffassung Zellen aus dem Zustand einer gewissen Stabilität und einer relativen Festigkeit ihrer Oberflächen auf den Zustand geringerer Festigkeit zurückgeführt werden können, und da mit diesen Veränderungen die Fähigkeit, fremde Körper in ihren Leib eindringen zu lassen, wächst, so sieht er in seinen Untersuchungen eine Stütze der Meinung, dass die veränderten Gefässwände es sind, welche im Entzündungsprocess die vermehrte Auswanderung begünstigen. **Hack** (Freiburg i/Br.).

Ultzmann. Ueber männliche Sterilität.

(Wiener med. Presse 1878. No. 1 und 3.)

Die Impotentia generandi des Mannes ist viel häufiger, als man glaubt, die Ursache einer sterilen Ehe. Die zwei wichtigsten Erscheinungen derselben sind die Aspermatie, als permanente oder

temporäre Unfähigkeit zur Ejaculation und die Azoospermie, ebenfalls permanent oder temporär, der Mangel ausgebildeter Zoospermien in der Ejaculationsflüssigkeit. Die permanente Aspermatie bei normalen Genitalien ist ein seltener, gewöhnlich mit Mangel an sexueller Erregbarkeit überhaupt verbundener Zustand, bei welchem jedoch Erectionen, ja zuweilen sogar Pollutionen vorkommen können, und der zweifelsohne centralen Ursprungs und gewöhnlich unheilbar ist. Die temporäre Aspermatie ist entweder Folge einer nervösen Ueberreizung oder localer, namentlich gonorrhoischer Processe der samenbildenden und ausführenden Organe. Sie schwindet oder bessert sich nach entsprechender Therapie. Die permanente Azoospermie kommt zweifellos in seltenen Fällen vor, die erworbene, temporäre Azoospermie ist eine sehr gewöhnliche Folgeerscheinung gonorrhoischer Orchitis und Epididymitis; sie kann unheilbar sein, wenn es zur Obliteration des Vas deferens gekommen ist. Es wird dabei gewöhnlich Sperma in normaler Quantität ejaculirt, allein dasselbe zeigt keine oder höchst spärliche Zoospermien. U. unterscheidet ein katarrhalisch-eitriges, ein wässeriges und ein colloides Sperma, welche Varietäten sämmtlich unter dem Mikroskope leicht zu erkennen sind. Das zoospermienlose Sperma ist häufig nur das Secret der Samenbläschen; trotz Verödung des Vas deferens können die Hoden selbst normale Beschaffenheit haben, so dass wahrscheinlich Zoospermien gebildet werden, obwohl sie nicht bis zum Vas deferens vordringen können.

Winiwarter (Wien).

C. v. Heine. Ueber operative Behandlung der Pseudarthrosen[1]).

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII. Hft. 2. 1878.)

Die bekannte Thatsache, dass trotz der unendlich vielen Behandlungsmethoden immer noch eine nicht geringe Zahl von Pseudarthrosen ungeheilt bleiben, lässt immer nach neuen Hülfsmitteln suchen. H. sah in einem Falle die Heilung einer Oberarmpseudarthrose durch dreimaliges Einschlagen von Elfenbeinstiften im Verlauf von 14 Monaten eintreten. In einem anderen Falle von Oberschenkel-Pseudarthrose erwies sich das Fixiren beider Fragmente durch 5 cm lange Elfenbeinstifte nach der von Reyher beschriebenen, von Bergmann ausgeführten Methode als unwirksam. Die Fragmente waren scheinbar verwachsen, nach 10 Monaten hatte sich die Consolidation wieder vollkommen gelöst, die Pseudarthrose wiederhergestellt. — Für die Anfrischung der Bruchenden in Treppenform oder in Keilform mit nachfolgender Knochenligatur, Knochen-

[1]) Vortrag gehalten am 4. Sitzungstage des VI. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, am 7. April 1877. Das Manuscript dieses Vortrages fand sich im Nachlass des Verewigten fast vollendet vor; blos die 4 letzten Krankengeschichten sind von dem klinischen Assistenten und Docenten, Herrn Dr. Weil in Prag, den Krankenjournalen entnommen, hinzugefügt worden.

naht, Elfenbeinstifte oder Stahlschrauben sieht H. keine besseren Heilungsaussichten. Er hält an der queren Anfrischung fest und sucht die angefrischten Bruchenden durch wirksamere Hülfsapparate als Draht und Stifte mit einander in Contact zu erhalten. Die oft bedeutende Verschiebung der Bruchenden ad longitudinem ist zuweilen selbst mit Hülfe des Mennel-Schneider'schen Apparates nicht auszugleichen. — Um die Immobilisirung der Bruchenden zu erreichen benutzte H. verschiedene Apparate, welche gleichzeitig die Bruchenden fixirten und mit dem Verbande vereinigt waren. Eine Fixirung also der Bruchenden an dem erstarrenden Verbande. Bei einer Pseudarthrose des Oberschenkels benutzte er einen modificirten Malgaigne'schen Stachel (vergl. wegen des Näheren das Original); es wurde dadurch knöcherne Consolidation erreicht. Bei einem anderen Falle von Oberschenkelpseudarthrose wurden Elfenbeinnadeln von 15—16 cm Länge und Rabenfederkieldicke durch querverlaufende Bohrcanäle nahe den Resectionsflächen durchgeführt; die beiden Enden mit kurzen Schraubengewinden zum Aufschrauben kleiner elfenbeinerner Knöpfe versehen; an diese eine Reihe Knöpfe nach Art des Koderik'schen Schnürers befestigt, um so einen beliebigen Zug an den Bruchenden ausführen zu können. Der Fall wurde von H. nicht bis zu Ende behandelt und blieb ungeheilt. In einem anderen Falle musste H. diese Behandlung bei einer Humerusdiaphyse aufgeben, weil der an Emphysem und Bronchialkatarrh leidende Patient den Gypskürassverband, an welchem die den Nadeln zur Aufnahme dienenden Bügel befestigt waren, nicht ertrug. — In diesem Falle wandte denn H. eine Knochenklammer (s. die Beschreibung und Zeichnung im Original) an, welche er für alle Pseudarthrosen langer Röhrenknochen verwendbar hält. — In einem zweiten Falle wurde diese Behandlung nicht zu Ende geführt, da eine Vereiterung des Kniegelenks die Oberschenkelamputation nöthig machte; doch hatte die Klammer ihren Zweck erfüllt, die beiden Sägeflächen der Tibia standen ganz genau gegenüber. — Zum Schluss werden noch zwei fernere Fälle mitgetheilt: Bei einer Patellarpseudarthrose wurde durch Anfrischen der Bruchenden und Malgaigne'sche Klammer eine sehr wesentliche Besserung erreicht; bei einer Ulnapseudarthrose betrug der Abstand der resecirten Bruchenden von einander 3 cm. Es wurde in jedem Fragmente ein Bohrcanal angelegt und ein conischer Elfenbeinstab in die Bohrlöcher beider Fragmente eingebracht, der so die Bruchenden verband und die Lücke überbrückte. Es erfolgte Heilung.

Maas (Freiburg i/Br.).

Ehrhard. Ueber die Behandlung der Syphilis mittelst hypodermatischer Injectionen.

Inaug.-Diss. Würzburg 1877.

In No. 7, 1877 dieses Blattes sind von Ref. die Erfahrungen, welche auf der von Rinecker'schen Klinik für Syphilis zu Würz-

burg mit subcutanen Calomelinjectionen gemacht wurden, mitgetheilt worden. E. berichtet über die seither mit dem Quecksilberalbuminat und Quecksilberpepton angestellten Versuche.

Injicirt wurde von beiden Präparaten 0,01 pro dosi für Erwachsene, 0,003 für Kinder. Die Durchschnittszahl der Injectionen betrug bei Quecksilberalbuminat 10, bei Quecksilberpepton 25, dabei erfolgten erstere jeden zweiten bis dritten Tag, letztere täglich. Die localen Folgen sind gering, leichtes Brennen nach der Injection, die folgende Röthe und Infiltration nicht intensiv. Einmal kam es nach einer Injection von Quecksilberpepton zu einem Abscess, der aber wohl einer Contusion der Injectionsstelle zuzuschreiben ist. Das Allgemeinbefinden der Kranken wurde nur äusserst selten alterirt, die Ernährung litt nicht; Stomatitis kam nie in bemerkenswerther Form vor.

Der Bericht umfasst 36 Fälle, die Affectionen, die zur Behandlung kamen, waren:

1) Syphilitische Initialsclerose und Resorptionsbubonen.

2) Condylomata lata, Ulcerationen in der Genito-Analgegend und im Pharynx.

3) Hautsyphiliden:

a. Exanthema maculosum.
b. - papulosum.
c. - pustulosum.

4) Syphilis hereditaria.

Mit Quecksilberalbuminat wurden 26, mit Quecksilberpepton 10 Fälle behandelt.

Der Erfolg war gut, am besten bei den frühesten constitutionellen Krankheitserscheinungen, so namentlich beim papulösen Exanthem.

Die Vorzüge dieser beiden Präparate, die sich ziemlich gleich verhalten, sind geringe Störung des Allgemeinbefindens und rasche Wirksamkeit. (Verglichen mit den Calomelinjectionen haben diese Präparate den Vorzug, dass die bei Calomelinjectionen häufig beobachteten Abscesse äusserst selten vorkommen, den Nachtheil, dass die Zahl der einzelnen Injectionen bedeutend grösser sein muss, bei Calomel 6, Albuminat 10, Pepton 25. Ref.)

Th. Kölliker (Würzburg).

T. Escher. Annotazioni cliniche.

(Gaz. med. ital. 1878. No. 10.)

Verf. theilt einige wichtige Fälle aus der Abtheilung des Dr. Menzel mit, zieht die einschlägige Literatur in Betracht und prüft, in wie fern die darauf bezüglichen Erfahrungen bestätigt oder modificirt werden sollen.

Im ersten Falle handelt es sich um senile Gangrän durch Atheromatose der Arterien bedingt bei einem 69jährigen Manne. Die Gangrän hatte nicht einmal die grosse Zehe ganz ergriffen. Da die Schmerzen überaus heftig waren und wegen des sehr langsamen Fortschreitens der Gangrän eine Abgrenzung erst nach langer Zeit zu erwarten war,

wurde sofort die Amputation im oberen Drittel des Unterschenkels vorgenommen. Der Mann wurde geheilt; die Schmerzen hörten nach der Amputation auf. E. glaubt, dass bei chronischem Verlaufe der Gangrän, verbunden mit heftigen Schmerzen, die primäre Amputation (vor eingetretener Demarcation) angezeigt sei, vorausgesetzt, dass diese an einer von der Gangrän entfernten Stelle vorgenommen werde.

Der 2. Fall betrifft einen 14jährigen Knaben, bei welchem wegen recurrirender hartnäckiger Blutung aus einer Handverletzung die Esmarch'sche Binde 14 Stunden lang ununterbrochen liegen blieb. Der Erfolg bezüglich der Blutung war vollkommen. Doch trat eine phlegmonöse Anschwellung des geschnürten Theiles ein, und Parese der Hand. Sowohl die Anschwellung als die Parese ging in einigen Tagen spontan zurück.

Im 3. Abschnitte werden 3 Fälle von Rectalfisteln beschrieben, welche mittelst des Dupuytren'schen Enterotoms durchgequetscht wurden. Im ersten Falle war die Fistel 15 cm lang, so dass die Länge des Enterotoms gar nicht ausgereicht hätte, um bis auf den Grund derselben zu gelangen. Deshalb wurde der untere Theil der Fistel mit dem Messer gespalten, und in die obere Hälfte das Enterotom eingelegt, die eine Branche in die Fistel, die andere ins Rectum. Am 11. Tage fiel das Enterotom ab. Der Mann wurde vollkommen geheilt.

Bei einem 2. phthisischen Individuum wurden mehrere Fistelgänge mit dem Messer gespalten; bei einem 12 cm tiefen Gange jedoch wieder die Dupuytren'sche Scheere angelegt. Sie fiel am 6. Tage ab. Der Zweck der Spaltung des Ganges gelang vollkommen; die Heilung war bei der Entlassung (3 Monate nach der Operation) noch nicht vollkommen, der Verlauf war wohl wegen der Phthise überaus langwierig.

Der 3. Fall wurde geheilt.

Bei sehr hohen Rectalfisteln dürfte sich die besprochene Methode, theils wegen der Einfachheit der Anwendung, theils wegen der Ungefährlichkeit empfehlen.

Mensel (Triest).

J. Paget. On some of the sequels of typhoid fever.

(St. Brthol. Hosp. Rep. p. 1.)

Als eine den Chirurgen interessirende Nachkrankheit nach Typhus beobachtete P. zunächst die Phlebitis. Diese betraf stets die V. femor. und vorwiegend die linke; sie kennzeichnet sich durch Schmerzen und Spannung im Verlaufe der Vene, mit behinderter Beweglichkeit und Schwellung des Beines. Das Allgemeinbefinden pflegt nicht gestört zu sein, auch kein Fieber aufzutreten; die Dauer des Leidens ist unbestimmbar; in der Regel bleibt das Bein etwas stärker, niemals schwächer. Nie tritt Suppuration oder Embolie ein. — Die dem Typhus nachfolgende Periostitis tritt meist an der Tibia auf, 1 Mal sah sie P. am Femur, an der Ulna und am Os parietale, 1 Mal symmetrisch an beiden Tibiae; dieselbe tritt

immer erst nach der Entfieberung ein. Die gespannte Schwellung mit local erhöhter Temperatur besteht oft recht lange, um in der Regel ohne Nekrose sich zurückzubilden; sie kann auch in loco recidiviren; erfolgt Nekrose, dann betrifft sie nur die oberflächliche Schicht. Die Periostitis der Rippen weicht von dem gewöhnlichen Bilde erheblich ab, sie ähnelt der scrophulösen Periostitis, ohne dass die betreffenden Individuen Zeichen der Scrophulose sonst darbieten. In der Reconvalescenz erscheint an einer oder an mehreren Rippen, gewöhnlich am vorderen Abschnitte, eine schmerzhafte, gespannte Schwellung, die sich spontan an mehreren Stellen öffnet; die feinen Eingangsöffnungen führen in schräg ziehende Canäle. Die Suppuration dauert mehrere Monate; nie beobachtete P. Nekrotisirung, nie brachte Erweiterung der Fistelgänge einen Nutzen.

Pilz (Stettin).

L. Duncan Bulkley. On the so-called eczema marginatum of Hebra (Tinea trichophytina cruris), as observed in America. — A clinical study.

Verf. unterscheidet mit Devergie, Bärensprung, Köbner, Pick u. A. strenge zwischen dem Eczema genitocrurale und dem sogenannten Eczema marginatum, welches letztere er als entweder progredienten einfachen oder auch mit den echten Eczem complicirten Herpes tonsurans (Wucherung von Trichophyton tonsurans) definirt. Das Ecz. marg. kommt in Amerika verhältnissmässig selten und mild vor und gelangt nur in der heissen Jahreszeit unter heftiger Zunahme des Juckens zu einiger Extensität. Zur Differentialdiagnose wird auf die namentlich in frischen Fälen leichte mikroskopische Auffindbarkeit der Pilzelemente aufmerkam gemacht, sodann aber auch darauf, dass das echte Eczem im Gegensatz zum Eczem m. das Scrotum weit mehr afficire, als den anliegenden Schenkel und auch zu einer hochgradigeren Hautinfiltraton führe, während wiederum für das Eczema marginatum das centrale Abblassen der betreffenden Hautfläche sowie das intensivere Jucken als charakteristisch zu bezeichnen ist. Verf. illustrirt diese Sätze durch 12 Krankengeschichten, aus deren einer (Fall 5) sich die Uebertragung der Krankheit in die Genitocruralgegend vom Halse und vom Gesicht desselben Individuums anamnestisch nachweisen liess und auch eine Verbreitung dieses Uebels durch die ganze Familie constatirt wurde. Die vom Verf. empfohlenen Waschungen mit Acid. sulfuros. liquid. fortiss., welche jedoch zuweilen Belästigung der Athmung, sowie auch der Haut (Blasenbildung) hervorufen, scheinen wohl das Verschwinden des Juckens, jedoch die Heilung des Uebels nicht allzu schnell herbei zu führen. Ref. bedient sich zur Behandlung dieser Affection einer Carbolsalbe (1—25 Fett) und hat den schnellen und zuverlässigen Erfolg derselben vielfach constatiren können.

Langenbuch (Berlin).

Sonnenburg. Ausschneidung des Nervus alveolaris inferior vom Kieferwinkel aus bei herabhängendem Kopfe.

(Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. VIII. p. 93.)

Das vom Verf. zuerst an der Leiche versuchte Operationsverfahren ist folgendes:

Bei herabhängendem Kopfe wird am Kieferrande ein Schnitt geführt, welcher $1\frac{1}{2}$ cm oberhalb des Kieferwinkels beginnt, bis zur Kreuzung der Art. maxill. ext. mit dem Kieferrande reicht und bis auf ihn dringt. Dann löst man die Weichtheile an der inneren Fläche des Kiefers bis zur Lingula los, was mit stumpfen Instrumenten gelingt, nur die Sehne des Musc. pterygoid. int. erfordert meist die Mithülfe des Messers. Nun kann man in der $2\frac{1}{2}$ — 3 cm tiefen Wunde den Nerv mit dem Finger fühlen und mit einem stumpfen Haken hervorziehen. Führt man den Haken unter Leitung des Fingers zur Lingula, dann am Kiefer noch etwas hinauf, und nach innen gegen die Mundschleimhaut zu, so fasst man den Nerv isolirt, ohne die Arterie, welche dem Kiefer näher liegt. Der hervorgeholte Nerv wird dann fixirt und zuerst peripher, dann central durchschnitten. In dieser Weise wurde von Lücke in einem Falle mit befriedigendem Erfolge operirt. Die Vortheile dieser Operation von den bisher gebräuchlichen liegen hauptsächlich in der Kleinheit der Verletzung, der bequemen Ausführbarkeit, der Möglichkeit, ein ziemlich grosses Stück aus dem Nerv zu excidiren und in der günstigen Lage der Wunde.

Gersuny (Wien).

E. Cutter. A contribution to laryngology. — Two cases of diseased arytenoid cartilage treated by local depletion.

(Chicago med. Journ. and Examiner 1877. Nov. Vol. XXV.)

C. berichtet über 2 Aryknorpeltumoren, die er durch methodische und reichliche Blutungen hervorrufende Scarificationen beseitigen wollte.

Fall 1. Heidelbeergrosser, derber, gestielter Tumor auf der Spitze des linken Aryknorpels einer Dame von mittlerem Alter, beseitigt innerhalb 2 Monaten durch 3 Mal wöchentlich vorgenommene reichliche Blutdepletionen, welche mittelst eines kleinen Messers am Stiele der künstlich beleuchteten Geschwulst vorgenommen wurden.

Fall 2 bekundet einen wahren Diletantismus. Der linke Aryknorpel eines 24jährigen Mannes war in eine harte bewegliche, glatte, carcinomatöse (?) Geschwulst von Marmelgrösse verwandelt und erzeugte dadurch, dass sie beständig die Athmung wie ein Kugelventil abzusperren geneigt war, die peinlichste Schlaflosigkeit. Der Versuch, der Geschwulst durch Scarificationen grössere Blutmengen zu entziehen, misslang. Tracheotomie, erhebliche Hämorrhagie und Blutaspiration in die Luftwege. Hartgummikanüle. Entfernung derselben als »überflüssig« auf Rath eines anderen Arztes. Sofortige Erstickung.

Langenbuch (Berlin).

G. Simon. Die Echinococcuscysten der Nieren und des perirenalen Bindegewebes. Herausgegeben von H. Braun.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1877.

Die vorliegende Abhandlung über Echinococcuscysten der Nieren und des perirenalen Bindegewebes war ursprünglich bestimmt, einen Abschnitt des 3. Theiles der »Chirurgie der Nieren« zu bilden. Leider ist durch den Tod von S. ein vollständiges Erscheinen dieses Werkes unmöglich geworden.

Es würde den Raum dieses Blattes weit überschreiten, wollten wir den reichen Inhalt der vorliegenden Monographie gebührend wiedergeben, auch sie bedeutet wieder, wie andere Arbeiten S'.s, einen wirklichen Fortschritt auf dem Gebiete der Nieren-Chirurgie. Auch das vorliegende Buch wird in der Bibliothek jedes Chirurgen vorhanden sein müssen. —

S. schildert zunächst die Entwicklungsgeschichte der Nieren-Echinococcen, dann die Symptome und den Verlauf. Die Behandlungsmethode nimmt den grössten Theil des Buches in Anspruch. Die verschiedenen Methoden der Radicalheilung, die subcutanen Eingriffe, die Elektrolyse, die Capillarpunction, die offene Cystenbehandlung; die Incision nach mehrfacher Punction, die Exstirpation des Cystensackes u. s. w. erfahren eine eingehende Besprechung. — Die Basis der Abhandlung bilden 8 Krankengeschichten, welche S. nebst kritischen Bemerkungen an den Schluss seiner Arbeit stellt und welche von ganz besonderem Interesse sind. Unter den 8 Fällen betreffen 5 unzweifelhafte Echinococcuscysten der Niere, in 2 Fällen war es zweifelhaft, ob es sich um Cysten der Niere oder des angrenzenden Bindegewebes handelte und in einem Falle hatte die Cyste ihren Ursprung von dem perirenalen Bindegewebe genommen.

Im Anschluss an diese 8 von S. gesammelten Krankengeschichten von Nierenechinococcen, bei denen operative Eingriffe vorgenommen wurden, lässt Braun noch 2 andere hierher gehörige im Auszuge folgen. Der eine Fall betrifft einen Echinococcus der Nierenkapsel (Dulitz, Inaug.-Diss. Rostock 1874), der andere einen Echinococcus der Nieren (Lawson Tait, The Lancet, 1876. Vol. I. p. 347). —

H. Tillmanns (Leipzig).

E. Theremin. Ueber congenitale Occlusionen des Dünndarms.

(Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. VIII. p. 34.)

Auf Grund einer Anzahl von Präparaten aus dem St. Petersburger Findelhause, deren Beschreibung er mittheilt, kommt Th. im Wesentlichen zu folgenden Schlüssen: Die angeborenen Stenosen und Occlusionen des Dünndarmes kommen an allen Stellen vor, jedoch am häufigsten oberhalb und unterhalb des Tuberculum Vateri und nahe am Coecum; die Ursache dieser Anomalien bilden fötale

Peritonitiden, jedoch findet man deutliche Zeichen solcher Entzündungen nur in wenigen Fällen. Auf die Beschreibung der einzelnen Präparate kann hier nicht näher eingegangen werden.

Gersuny (Wien).

J. Grünfeld. Die Formen des Harnröhrentrippers und die endoskopischen Befunde derselben.

(Wiener med. Jahrb. 1877. Hft. 4.)

G. wurde durch seine endoskopischen Studien zur Aufstellung der folgenden Eintheilung der Formen des Trippers geführt, einer Eintheilung, die der von Désormeaux gegebenen in einzelnen Punkten verwandt ist. Er unterscheidet:

1. Urethritis blennorrhoica, die acute Blennorrhoe der Harnröhre ohne Complication von Seiten anderer Gebilde. Das Gesichtsfeld des Endoskops ist mit grünlichem Eiter bedeckt, die darunter liegende Schleimhaut zeigt sich stark geröthet, sehr gewulstet, stellenweise sind Erosionen zu erkennen; der sogenannte Trichter des Schleimhautcanals fehlt, oder seine Tiefe ist auf ein Minimum reducirt.

2. Urethritis membranacea, ausgezeichnet durch streifenförmige Auflagerung von grauweissen Membranen, deren Entfernung leicht Blutung erzeugt. Meist ist mit dieser Erkrankungsform eine Entzündung der dorsalen Lymphgefässe des Penis complicirt.

3. Urethritis simplex, eine Form, zu der die Ur. blennorrhoica im Verhältniss einer Steigerung der Krankheit steht. Mässige Röthe und Schwellung der Schleimhaut, welche einzelne stärker injicirte Blutgefässe noch erkennen lässt; der Trichter deutlich ausgebildet.

4. Urethritis granulosa. Die Mucosa ist gleichmässig gefärbt, Blutgefässe sind nicht isolirt zu sehen, Falten fehlen ebenfalls meistens, dagegen sind zahlreiche punktförmige Erhabenheiten zu erkennen, welche durch den von ihnen gebildeten Reflex zu unterscheiden sind.

5. Urethritis mit Bildung von Geschwüren, welche theils von Herpesbläschen ihren Ausgang nehmen, theils Schankergeschwüre darstellen, theils endlich in der Umgebung von Stricturen, zumal von öfters maltraitirten, vorkommen. **Hack** (Freiburg i/Br.).

A. Eugen Fick. Zur Mechanik des Kniegelenkes.

(Arch. für Anat. und Physiol. 1878. Hft. 6. Anatom. Abth.)

Zur Erklärung der bekannten Erscheinung, dass ein Mensch willkürlich seinen Unterschenkel nicht so weit zu beugen vermag, wie es äussere Kräfte zu thun im Stande sind, wird entweder die

Ansicht von Meyer oder diejenige von Hensa herangezogen. Nach der Meinung des Ersteren wird in dem Augenblicke, wo der hinterste Punkt des Tibiaknorrens an das Femur anstemmt, die Grenze der willkürlich ausführbaren Beugung erreicht, während es äusseren, am grossen Hebelarme wirkenden Gewalten leicht gelingt, um jenen Stemmpunkt als neues Hypomochlion eine weitere Beugung der Tibia zu bewerkstelligen. Die Behauptung des Anderen geht dahin, dass die Hemmung der Beugung eine Folge der activen Insufficienz der Beugemuskeln des Unterschenkels ist, indem dieselben, wenn sie den Unterschenkel um 140° gebeugt haben, die Fähigkeit verlieren, sich noch stärker zusammenzuziehen. Verf. wendet sich gegen diese Anschauungen und zeigt, dass die von beiden Autoren angegebenen Momente zur Erklärung nicht genügend sind. Er findet die Ursache, dass willkürlich die Restbeugung, d. h. die Differenz zwischen passiver und activer Maximalbeugung, — gleich einem Winkel von 20° —, nicht zu Stande kommt, auf dem statischen Momente der Unterschenkelbeuger beruhend. Wie F. in einer jüngst erschienenen Arbeit gezeigt hat, ist das statische Moment eines Muskels proportional der Verkürzung, die derselbe durch eine kleine Winkeldrehung seines Ansatzknochens erleidet. Für die Unterschenkelbeuger findet man es in der Weise, dass man nach Befreiung einer Extremität von allen Weichtheilen bis zum unteren Dritttheil des Oberschenkels, an die Muskelstümpfe und Sehnen der Tibiabeuger Fäden knüpft, diese durch Ringe, die an den betreffenden Ursprungsstellen befestigt sind, zu freistehenden Laufrollen führt und durch angebundene Gewichte gespannt erhält. Wird jetzt die Tibia gebeugt, so sinken oder steigen die Gewichte je nach Massgabe der statischen Momente des Muskels. Auf diese Weise stellte Verf. fest, dass das statische Moment der Unterschenkelbeuger früher gleich null wird, bei etwa 130°, als der Umfang der möglichen Beugung (160°) erschöpft ist, dass mithin die Beuger des Unterschenkels während der Restbe ugung ihre Lage völlig unverändert lassen.

Pinner (Freiburg i/Br.).

Kleinere Mittheilungen.

E. Watson. On nerve-stretching in acute traumatic tetanus, with two cases.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 229.)

Nachdem die Dehnung der Nerven von Nussbaum bei schmerzhaften und krampfhaften Nervenaffectionen angewandt, Callender u. A. sie gegen Neuralgie und Epilepsie versucht hatten, führte sie Verneuil erfolgreich bei Tetanus aus (Vogt, Kocher, Ref.). Dieses ermuthigte W. in 2 Fällen die Nervendehnung gleichfalls zu versuchen. — Der 16jährige Knabe hatte sich am 7. Nov. die Spitze des linken Zeigefingers gequetscht, die noch suppurirende Wunde sah nicht schlecht aus, als sich am 18. die ersten Symptome des Tetanus einstellten. Am 21. kam der

Kranke mit ausgesprochenem Tetanus ins Hospital; ausser Stimulantien wurde Calabarextract erfolglos angewandt. Am folgenden Tage in der Chloroformnarkose Nervendehnung am Oberarme; als Pat. aus der Narkose zu sich gekommen, kamen allgemeine Krämpfe; Pat. findet sich bald nachher etwas besser, aber Temperatur und Puls behalten ihre frühere Höhe und trotz andauernder Anwendung des Calabarextractes nahmen die Kräfte sichtlich ab und Pat. starb in der folgenden Nacht in einem Krampfanfalle. Section nicht gestattet.

Der 2. Fall betraf einen 34jährigen Mann, der eine Fractur des 4. und 5. Mittelhandknochens erlitt; 8 Tage später klagte er über Unbehaglichkeit im verletzten Arme (Rheumatismus), am folgenden Tage über Steifigkeit im Nacken; bald war das charakteristische Bild des Tetanus da; am 10. Tage nach dem Unfall wurde die Nervendehnung in Chloroformnarkose gemacht. Wieder erfolgte, als Pat. aus der Narkose zu sich gekommen, ein allgemeiner Krampfanfall, dem subjective Besserung nachfolgte. Das andauernd angewandte Calabarextract wirkte nicht recht (anscheinend unwirksames Präparat). Temperatur und Puls blieben hoch und Pat. starb am 15. Tage nach der Operation in einem Krampfanfalle. Keine Section.

W. will nicht in Abrede stellen, dass nach der Operation beide Kranke sich subjectiv wohler befanden, will aber von jeder Operation Abstand genommen wissen, bei der Chloroform nothwendig. Nach seiner Ansicht wird, wie in beiden Fällen, der tetanische Anfall immer viel heftiger, wenn die Pat. aus der Narkose erwachen und die sonst gewohnten Sinneseindrücke empfangen. Für ihn ist die Calabarbohne noch immer das wirksamste Mittel, nebst Abhaltung aller Sinneseindrücke, guter Ernährung und Chloralhydrat. **Pilz** (Stettin).

F. H. Daty. The therapeutic and toxic action of salicylate of soda.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 87.)

Verf. fand, im Einklang mit deutschen und französischen Klinikern, dass das salicylsaure Natron besonders nützlich war bei acutem Gelenkrheumatismus, wenn mehrere Gelenke afficirt und die Temperatur erhöht war; dass Collapse bei dieser Behandlungsweise sehr häufig vorkommen und am besten verhütet werden, wenn noch nach Erlöschen der Krankheit salicylsaures Natron in kleiner Dosis mit Chinin verabreicht wird. — Ein Mal beobachtete er toxische Wirkungen bei einer 50 jähr. Dame, die durch 24 Stunden 20 g 2stündlich genommen hatte. Die Schmerzen hatten aufgehört, die Temperatur war normal geworden. Aber Pat. hatte wenig geschlafen, sprach unzusammenhängend, benannte die Gegenstände falsch. Als sie noch den folgenden Tag alle 5 Stunden 20 g weiter genommen hatte, bekam sie Delirien, verweigerte die Nahrung. Trotz normaler Temperatur andauerndes Delirium die ganze Nacht. Als das salicylsaure Natron ausgesetzt, dafür Chinin und eine Abenddose Chloralhydrat gegeben worden waren, liess die psychische Alteration sofort nach. Der dunkel gefärbte Urin enthielt etwas Eiweiss.

Pilz (Stettin).

v. Fanturri. Del sarcome teleangettasico pigmentato della pelle.

(Il Morgagni 1877. Juli.)

Verf. beschreibt 7 Fälle von idiopathischen primären multiplen Hautsarcomen, welche sämmtlich an den Enden der 4 Extremitäten entstanden und von da centralwärts fast symmetrisch auf beiden Seiten sich sprungweise vervielfältigten.

Die beschriebenen Fälle betreffen Männer im Alter von 43 — 60 Jahren, sämmtlich der arbeitenden Klasse angehörig, welche oft allen Unbilden des Wetters sich aussetzen mussten. Drei Knötchen von verschiedenen Individuen wurden excidirt und ergaben die Structur des kleinzelligen teleangiectatischen pigmentirten Sarcoms.

Menzel (Triest).

C. Mazzoni. Lussazione bilaterale del mascellare inferiore antica e irreducibile Resezione dei 2 condili.

(Gaz. med. di Roma Anno III. No. 4.)

Eine 27jährige Frau hatte seit 8 Monaten eine beiderseitige, spontan beim Gähnen entstandene Unterkieferluxation; bei constant offenem Munde bestand völlige Functionsunfähigkeit. Nach vergeblichen manuellen Repositionsversuchen machte M. die Resection beider Condylen; Heilung in 3 Monaten mit vollständigem Erfolg. **Escher** (Triest).

Trélat. Adéno-chondrome de la moitié droite du voile du palais; exstirpation; guérison.

(Bulletin de la société de chirurgie. Séance du 1877. Dec. 5.)

M. Gaston, Omnibusconducteur, 19 Jahre, vollkommen gesund, will seit einem Jahre das Entstehen und allmälige Wachsen einer Geschwulst seines weichen Gaumens bemerkt haben, die ihm jedoch nie besondere Beschwerden gemacht hat. Blutungen sind nie aufgetreten. Drüsenanschwellungen nicht vorhanden. Der Tumor, rund, von der Grösse einer kleinen Orange, nimmt die rechte Hälfte des weichen Gaumens ein, und hat das Zäpfchen ganz nach links verdrängt. Nach aussen verliert er sich in eine diffuse Geschwulst in der Gegend der Parotis.

Der Tumor ist mit gesunder Schleimhaut überzogen, die wenig geröthet ist und sich leicht über ihm verschieben lässt; er ist von sehr fester Consistenz und zwar in seiner unteren Hälfte mehr, als in der oberen. Fluctuation nirgends vorhanden. Auf seiner Oberfläche erheben sich überall kleine Vorsprünge. Nach innen ist die Geschwulst vollkommen circumscript, weniger nach unten. Zur hinteren Grenze ist der Zugang sehr erschwert, jedoch ist die Communication zwischen Nase und Pharynx frei. Geringe Beweglichkeit von vorn nach hinten scheint vorhanden zu sein. Von rechts nach links fehlt sie gänzlich.

Das Schlucken ist wenig behindert; das Geruchsvermögen nicht beeinträchtigt. Die Sprache erst seit zwei Monaten etwas näselnd. Seitdem traten auch ab und zu Luftmangel und Erstickungsgefühl auf.

Die Diagnose wird auf ein Enchondrom gestellt, und die Ausschälung des Tumor am 10. Nov. 1877 mit leichter Mühe ausgeführt. Keine Blutung. Geringe Reaction. Nach 8 Tagen geheilt entlassen.

Der Tumor ist unregelmässig oval. An seiner äusseren Partie zeigt sich eine rautenförmige Excavation, die dem Proc. pterygoideus des Keilbeins entspricht.

Ein Sagittalschnitt lässt eine weissglänzende Schnittfläche mit einzelnen vorspringenden knorpeligen Partien erkennen. Ein fibröse Kapsel umschliesst ihn vollkommen.

Mikroskopischer Befund: In der ganzen Peripherie breitet sich Drüsenepithel aus, dem der Speicheldrüsen ähnlich. Die Zellen stehen hier sehr dicht. Von da aus entspringen zahlreiche Fortsätze, die allmälig gegen das Centrum hin in Schleimgewebe übergehen. Die durch sie gebildeten Zwischenräume und das Centrum werden von Knorpelgewebe ausgefüllt. Das Vorhandensein von Speicheldrüsenepithel sowie der Sitz der Geschwulst macht die Annahme wahrscheinlich, dass es sich um ein Enchondrom der Parotis handelte.

Paul Schede (Magdeburg).

Lépine. Lobe erratique du corps thyroïde. — Compression de l'oesophage et de la trachée.

(Gaz. des Hôpit. 1877. No. 117.)

Der Fall, dessen Diagnose nicht ganz aufgeklärt wurde, betrifft einen Mann, der vor 30 Jahren Syphilis überstanden hat und vor 2 Monaten nach einer forcirten Gesangsleistung total aphonisch wurde. Sehr bald traten dyspnoische und dysphagische Erscheinungen dazu nebst einer Anschwellung der vorderen und rechten Halsseite. Das rechte Stimmband ist vollständig gelähmt, wodurch ein auffallendes Exspirationsgeräusch entsteht, der Oesophagus ist in der Höhe des Sternum stark verengt, die rechte Pupille auf die Hälfte ihres Durchmessers ver-

engt, die Secretion im rechten äusseren Gehörgange ist gänzlich aufgehoben. Die Trachea selbst scheint comprimirt zu werden, auch ist sie nicht aus der Medianlinie verdrängt oder geknickt. L. sellt die Diagnose auf Lähmung des Ram. laryngeus durch einen substernalen Lappen der Thyreoidea. Die Affection des Sympathicus (Veränderung der Pupille u. s. w.) ohne gleichzeitige Gefässparalyse der rechten Gesichtshälfte vermag er nicht zu erklären.

Winiwarter (Wien).

J. G. Blake. Paralysis of both posterior crico-arytenoid muscles in a case of diphtheria; tracheotomy; recovery.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Vol. II. p. 207.)

Bei einem 6jährigen Mädchen, das vor 9 Monaten Scarlatina und Diphtheritis überstanden, bemerkten die Eltern seit einer Woche, dass beim gelegentlichen Husten ein rauher croupöser Ton auftrat und während des Schlafes der Athem pfeifend wurde. An den Fauces war gelbliches Exsudat sichtbar, die Mandeln waren frei, das Kind zeigte im Uebrigen keine Abweichung von der Norm. Da in den folgenden Tagen die Stimme fast schwand, die Athmung im Schlafe einen pfeifenden Charakter annahm, so wurde eine laryngoskopische Untersuchung vorgenommen und diese ergab den obenstehenden Befund. Die Stimmritze war geschlossen. Die Stimmbänder normal; Erstickungsanfälle erheischten am folgenden Tage die Tracheotomie. Weder bei, noch nach der Operation entleerten sich membranartige Fetzen; das sich entleerende Secret war zähe und dickte schnell zu festen Krusten ein. Trotz sorgfältigster Reinhaltung der Kanüle durch die sachkundige Hand junger Aerzte, traten mehrfach Erstickungsanfälle ein, die darin ihren Grund hatten, dass das Secret unter der Kanüle in der Trachea festgetrocknet war und dieselbe verschloss, und V. ist geneigt, dieses wenig beachtete Vorkommniss für manche Fälle von Tod nach Tracheotomie anzunehmen. Das Kind genas. Ueber das spätere Verhalten der Stimme ist nichts gesagt. **Pilz** (Stettin).

A. Bochini. Legatura dell'arteria succlavia sinistra.

(Raccoglitore med. 1877. No. 4 und 5.)

Ein 33jähriger Bauer, der sich vor 13 Tagen an der sogenannten Tabatière der linken Hand verwundet hatte, stellte sich mit einem nussgrossen Aneurysma jener Stelle vor; die Wunde und die Wandung des Aneurysma waren in Gangrän begriffen. Bei der Untersuchung der Gefässe fand B. ausserdem eine Theilung der Art. brachialis in der Mitte des Oberarms; gleichzeitige Compression der A. radialis und ulnaris brachte die Pulsationen nur vorübergehend zum Stehen. Für 5 Tage indirecte Digitalcompression an der A. brachialis; dann Ruptur des Aneurysma und Ligatur der Art. brachialis. — 3 Stunden nach der Ligatur erneute Blutung aus dem Aneurysmasack; für 5 Tage Digitalcompression der A. brachialis und zeitweise der A. axillaris. Dann Ligatur der Art. axillaris mit Seidenfaden. Am 5. Tage darauf Nachblutung aus der unterbundenen A. axillaris; am nächsten Tage Unterbindung der A. subclavia ausserhalb der Mm. scaleni. Am 12. Tage darauf Abfall der Ligatur der A. subclavia; [illegible] Tage später 2 Nachblutungen aus der A. axillaris, die den ohnehin anämischen Pat. äusserst schwächten. B. erklärt sich diese Nachblutungen trotz erfolgreicher Unterbindung der A. subclavia durch Anastomosen von der Aa. suprascapularis und cervicalis transversa zu den Aa. infrascapularis und thoracicae. B. legte nun ein Compressorium in der Regio subclavicularis an, das er nach 5 Tagen durch einen 250 g schweren Bleicylinder ersetzte. — Indessen hatte sich die Gangrän am Arme bis zum Ellbogen verbreitet, so dass B. 40 Tage nach der Verletzung die primäre Amputation des Humerus im untern Drittel machen musste, und zwar wegen der hochgradigen Anaemie ohne Narkose. Der übrige Verlauf war nur durch kleine Nachblutungen aus der Ligaturstelle der A. subclavia unterbrochen, die sich 19 Tage nach Abfall der Ligatur und später einstellten. Die endliche Heilung sämmtlicher Wunden erfolgte ca. 80 Tage nach Beginn der Behandlung. **Escher** (Triest).

C. Fieber. Vierzehntägiges Verweilen eines Pflanzenkernes in einer Oesophagusstrictur — spontaner Abgang durch Erbrechen.

(Med. chir. Centralbl. 1877. No. 34 und 36.)

Der Fall kam bei einem 14jähr. Mädchen zur Beobachtung. Der Fremdkörper, welcher weder gefasst noch gefühlt werden konnte, hatte eine Länge von 22, eine Breite von 10 und eine Dicke von 5 mm. Derselbe wurde nach 14 Tagen durch einen heftigeren Brechanfall ausgeworfen und blieb die Pat. dann abgesehen von der mässigen, schon vorher bestandenen Verengerung des Oesophagus gesund. **H. Tillmanns** (Leipzig).

G. Brown. Case of abscess of spleen, with perforation of large intestine.

(The Chicago med. Journ. and Examin. Vol. XXXVI. 1878. Jan.)

Frau von 31 Jahren. Im 12. Jahr Abdominaltyphus und von da ab icterische Hautfarbe, Milztumor und beständiger, hin und wieder exacerbirender Schmerz in der Splenalgegend; seit den letzten 4 Jahren sind auch Fröste, theils tertian, aber auch atypisch aufgetreten. Dazu gesellte sich noch im letzten Winter ein verdächtiger Husten. Nach einjähriger Ehe erfolgte im Juni 1877 die erste Entbindung.

Die 4 Tage lang zurückgehaltene Placenta musste unter grossen Blutverlusten stückweise entfernt werden. Zögernde Reconvalescenz. Cachektische Hautfarbe. Mittelstarkes beständiges Fieber und nächtliche Schweisse. Am 3. Oct. 7 schwere Blutungen aus dem Darm mit gleichzeitigem Rückgang der Milzschwellung. Hinterher wurde der Stuhlgang zunehmend eitrig. Tod am 15. Oct. Section:

Mässig purulenter Erguss in der Bauchhöhle; Colon transversum mit der Milz adhaerent und letztere von multiplen, putride Flüssigkeit enthaltenden Höhlen durchsetzt. Ulcerirende Communication zwischen Milz und Darm.

Langenbuch (Berlin).

Stansbury Sutton. Case of twisted pedicle ovariotomy.

(The Chicago med. Journ. and Examin. Vol. XXXV. 1877. Dec.)

31jährige Frau, starkes Abdomen seit 2 Jahren, verheirathet seit 1 Jahr, Abgang einer todten 6monatlichen Frucht vor 10 Tagen. 4 Tage später, am 8. Aug. 1877 Fieber und Leibschmerzen, Gangrän des Ovarialtumors vermuthet. Am 14. August Explorativpunction des Abdomen und Entleerung einer chocoladenfarbigen Flüssigkeit. Am 15. August Morgens Ovariotomie. Entfernung einer halb cystischen, halb soliden linksseitigen Geschwulst. Frische Adhäsionen mit dem Netz. Der Stiel war $1\frac{1}{2}$ Mal um seine Axe gedreht. Tod am 17. August Vormittags, nach Verf. in Folge von Shock. Section nicht gestattet. (Die von Verf. in diesem Falle geübte Antiseptik muss nach unsern Begriffen als vollständig nichtig erachtet werden. Ref.) **Langenbuch** (Berlin).

Hooper. Intussusception in an infant.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 115.)

Ein 4monatliches Kind zeigte anhaltendes Erbrechen, blutgefärbte Schleimentleerungen, den Bauch ausserordentlich gespannt; im Rectum war invaginirter Darm als Tumor deutlich zu fühlen. Injection von Seifenwasser bewirkte Reposition; nach 5 Stunden waren alle Erscheinungen gehoben.

Pilz (Stettin).

Dittel. Beiträge zur Operation des Blasensteines.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. p. 32—34.)

Im Anschluss an den im Jahrgang 1875 der Wiener med. Wochenschrift enthaltenen Bericht über 100 Fälle von Blasensteinen giebt D. eine Fortsetzung dieses Berichtes (50 Fälle umfassend) in einer weniger ausführlichen, aber mehr übersichtlichen tabellarischen Form. **v. Mosengeil** (Bonn).

Polaillon. Imperforation du rectum. — Recherches de l'ampoule rectale. — Établissement d'un anus artificiel par la méthode de Littré.

(Bulletins de la société de Chirurgie Tome III. No. 6. — Séance du 23 juin.)

Das neugeborene Kind männlichen Geschlechts hatte zwei Tage nach der Geburt noch kein Meconium entleert, während der Leib immer mehr und mehr anschwoll. An Stelle des Afters zeigte sich eine in der Höhe von $1^1/_2$ cm blind endigende Höhle. P. führte auf dem sondirenden Finger einen Explorativtrokart ein und stiess ihn in der Richtung des Afters 3—4 cm vor. Die Spitze liess sich frei, wie in einem Hohlraume bewegen, doch floss kein Meconium durch dieselbe ab; aber beim Herausziehen fand sich dieselbe durch dickes Meconium verstopft.

P. incidirte den Grund des Blindcanals und da der Versuch, das Gewebe mit einer Hohlsonde zu trennen, erfolglos war, durchschnitt er die ganzen Weichtheile zwischen After und Basis des Steissbeins, welches letztere er resecirte, an der Medianlinie. Es trat eine starke Blutung ein. Als trotz tiefer Wunde und nochmaliger Punction von derselben aus mit dem Trokart das Ende des Darmes nicht zu finden war, schloss er die Wunde und stillte damit zugleich die beträchtliche Blutung.

Bildung eines künstlichen Afters nach Littré; Incision einen Finger breit über der linken Inguinalfalte; Eröffnung des Peritoneum 1 cm breit. Durch Schreien des Kindes wurde der stark tympanitisch aufgetriebene Dünndarm durch die Wunde hervorgepresst und in derselben fest strangulirt. Reposition blieb trotz Vergrösserung der Incision unmöglich. Es wurde der Darm mit 2 Schieberpincetten gefasst und zwischen denselben incidirt. Nach dem Entweichen des Gases ist die Reduction leicht; der Darm wird mit seiner Wunde in die Bauchwunde fixirt.

Am folgenden Tage erfolgt reichliche Entleerung von Meconium durch den künstlichen After; trotzdem bleibt der Leib sehr gespannt und aufgetrieben. Am 3. Tage tritt der Tod ein. Die Section ergiebt, dass das Ende des Dickdarms 2 cm über dem blinden Canal, etwas nach vorn sich befand, und dass die Incision hinter ihm das Gewebe weit getrennt hatte, der Trokart hatte von unten den Dickdarm perforirt, doch war die Oeffnung völlig verklebt. Der künstliche After war etwa 9 cm über dem Dickdarm im Dünndarm angelegt.

Boeters (Berlin).

Tillaux. Luxation du coude, irréductible au huitième jour.

(Gaz. des Hôpitaux 1877. No. 99.)

Eine 22jährige Magd stiess vor 8 Tagen, während sie ein Zündhölzchen an der Wand anstrich, mit dem Ellbogen heftig gegen einen hinter ihr stehenden Fauteuil. Sie wurde vor Schmerz ohnmächtig und fiel mit gebeugtem, abducirtem Arm zu Boden; so fand man sie wenigstens. Gegenwärtig ist die Ellbogengegend stark geschwollen, der Vorderarm in halber Beugung zwischen Pro- und Supination; das Olecranon steht nach rückwärts und innen um 4 cm vor, das Radiusköpfchen ist an der Vorderseite der Ellbogenbeuge in der Medianlinie zu fühlen, der Arm ist um 3 cm verkürzt. Diagnose: Luxation der Ulna nach rückwärts, des Radius nach vorne, — weder Circulations- noch nervöse Störungen. Die Reduction gelingt auf keine Weise und die Pat. wird entlassen. Die Bewegungen der Pro- und Supination sind sehr beschränkt, der Vorderarm steht in einem Winkel von 120° zum Oberarm. Nach späteren Berichten hat sich die Functionsfähigkeit sehr wenig gebessert. **Winiwarter** (Wien).

Chr. Heath und **Th. Smith.** Cases of ligature of femoral artery with Catgut for popliteal aneurism.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 807. [Clinic. Soc.])

Heath machte bei 8wöchentlichem Bestehen des Aneurysma, nach vergeblicher Anwendung von Carte's Tourniquet durch $10^1/_2$ St., nach Anwendung Esmarch's elastischer Binde mit Schlauch durch $4^1/_2$ St. und nachdem Hyperflexion 65 St. lang gebraucht worden war, die Ligatur der Femoralis, an der Spitze des Scarpa'schen Tri-

gonums, mit Catgut unter antiseptischen Cautelen. 19 Std. später Puls im Aneurysma; er persistirte 14 Tage, dann erlosch derselbe; 6 Tage später stand Pat. auf und nach weiteren 5 Tagen war Puls im ganzen Beine wieder vorhanden. Trotz erneuter Compression wuchs das Aneurysma. Ligatur der Femoralis unter dem Lig. Poup. mit Hanffaden. Am folgenden Tage Puls im Aneurysma; derselbe, schwächer werdend, erlischt am 7. Tage. H. meint, dass bei der 1. Ligatur der Catgutfaden die Gefässwand nicht durchtrennte und darum keinen guten Verschluss geschaffen habe. —

Bei einem 42jährigen Manne unterband Smith nach vergeblicher Anwendung der Compression die Femoralis wegen Aneurysma popliteum mittelst Catgut unter antiseptischen Cautelen. Nach 2 Tagen Puls im Sacke; Pat. verliess das Hospital mit schwach pulsirendem Aneurysma. 6 Monate später fand sich ausser dem früheren Aneurysma popliteum ein zweites, gerade über der Ligaturstelle gelegen. Esmarch's Binde nützte nichts. Ligat. der Femoralis mit carbolisirter Seite; Puls blieb dauernd erloschen im untern Aneurysma, wurde im oberen anfangs schwächer, um zur früheren Stärke zurückzukehren. Jetzt nach 9 Monaten ist — Pat. hatte jeden weiteren Eingriff verweigert — das Aneurysma bedeutend verkleinert. — S. glaubt, dass das Catgut die Intima und Media durchtrennt, sich aber nach 48 Stunden aufgelöst habe, und beklagt beim Catgut, dass der Zeitpunkt seiner Resorption so ausserordentlich variabel sei. — In der Discussion spricht sich Maunder, obwohl er selbst keine Misserfolge gehabt habe, dagegen aus, das Catgut zur Ligatur in der Continuität zu wählen. Barwell will das Wiederauftreten der Pulsation im Falle von Heath und die Aneurysmabildung bei Smith's Kranken durchaus von der Catgutligatur unabhängig angesehen wissen. Er meint, das längere Liegen in Carbolöl und das festere Zuschnüren bei der Unterbindung beschleunige die Auflösung des Catgut. **Pilz** (Stettin).

Barwell. Removal of loose bodies from the knee-joint.

(Brit. med. Journ. Vol. I. p. 228.)

Einer Tänzerin versagte unter heftigem Schmerze plötzlich das linke Bein. An der Innenseite des Knies sah man einen deutlichen Vorsprung; Incision unter antiseptischen Cautelen; Eröffnung des Kniegelenks, in demselben eine grosse Fettgeschwulst; in ihrer Nähe sassen noch einige kleinere Geschwülste, die aber nicht ins Kniegelenk hinreichten. Schnelle, gute Heilung. **Pilz** (Stettin).

Herr Dr. Arthur Menzel,

Primarchirurg in Triest,

starb am 12. Mai d. J. im Augusta-Hospital zu Berlin, wohin er gekommen war, um am diesjährigen Chirurgen-Congress theilzunehmen.

Die Redaction des Centralbl. für Chir. hat in dem so frühe dahingeschiedenen hoffnungsvollen Manne einen ganz vortrefflichen und unermüdlichen Mitarbeiter verloren; sie wird ihm stets ein dankbares und ehrenvolles Andenken bewahren. **Die Redaction.**

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. **Sonnabend, den 1. Juni.** **1878.**

Bardenheuer (Cöln). Bericht über Operationsresultate im Cölner Bürgerhospital vom Jahre 1877.

(Correspondenzbl. des ärztl. Vereins in Rheinland etc. 1878. No. 21, p. 11.)

Bis zum October wurden im Jahre 1877 ausgeführt R e s e c t i o n e n: der Hüfte 10 (8 wegen Caries, 1 doppelt, 1 wegen veralteter Luxatio femoris), geheilt 6, gebessert 4; — des Knies wegen Caries 4 (geheilt 3, gestorben 1 an Schwäche); — des Fusses 3 (geh. 2, gebessert 1); — der Schulter 3 (geh. 1, geb. 2), (die letzteren ebenfalls wegen Caries); — des Ellenbogens wegen Caries 5, wegen Verletzung 1, wegen veralteter Luxation 1, alle geheilt; — des Calcaneus 3 (geh. 2, geb. 1). — E x a r t i c u l a t i o n e n und A m p u t a t i o n e n, primäre der Schulter 4, des Unterarmes 1, des Unterschenkels 2 (geheilt). Conservativ wurden 2 Unterarmfracturen behandelt. Durch Verletzungen entstandene Eröffnungen des Kniegelenks wurden 3 Mal, des Ellenbogengelenks 2 Mal, des Handgelenks 2 Mal geheilt. 1 Mal wurde

das Knie zur Entfernung von Gelenkmäusen, 2 Mal das Ellenbogengelenk zur Reposition veralteter Luxationen eröffnet. Rippen wurden 5 Mal wegen Caries, 2 Mal wegen Empyem, 2 Mal wegen Peripleuritis resecirt, 5 Hydrocelen radical operirt; 1 Mal wurde am Oberschenkel wegen winkliger Ankylose in der Hüfte, 4 Mal am Unterschenkel wegen genu valgum keilförmige Osteotomien gemacht. Die Unterbindung der Venen wegen Varicen geschah 6 Mal, Auslöffelungen wegen Caries des Kniegelenks 1 Mal, des Fussgelenks 3 Mal, des Ellenbogengelenks 1 Mal. Von 4 Ovariotomien starb 1. Von 11 eröffneten Psoasabscessen ebenso 1. Amputationen resp. Exarticulationen wegen pathologischer Processe wurden 21 gemacht. 1 Exarticulation, 6 Amputationen des Oberschenkels, 1 des Unterschenkels, 1 nach Syme, 3 nach Pirogoff, 2 nach Chopart. 4 Exarticulationen des Oberarms, 2 Amputationen des Oberarms, 1 des Vorderarms. Von diesen 21 starben 3, einer 6 Wochen nach der Operation an Lungenschwindsucht, 1 Amputatio humeri, welche unternommen werden musste wegen Altersgangrän, 6 Wochen nach der Operation an Schwäche bei vernarbtem Stumpf. Bei 1 Amputation des Oberschenkels trat 8 Monate nach der Operation Tod durch Phthisis ein.

Hervorgehoben sei der erwähnte Fall von Doppelresection des Hüftgelenks. Das Kind geht »gut, allerdings wackelig«. Es besteht eine starke Beckensenkung. **Madelung** (Bonn).

H. Ranke. Ueber das Thymol und seine Benutzung bei der antiseptischen Behandlung der Wunden.

(Sammlung klin. Vorträge No. 128. 36 Seiten.)

Verf. verwendete für Verbandzwecke, gemäss den Untersuchungsresultaten von Buchholtz (Centralbl. für Chir. 1876, p. 36) und Lewin (ebenda, p. 420), Thymol-Lösungen von 1 : 1000 Wasser, welchen der leichteren Löslichkeit wegen noch 10,0 Alkohol und 20,0 Glycerin zugesetzt war. Diese Lösungen erwiesen sich vollkommen geeignet, frische, noch nicht inficirte Wunden aseptisch zu erhalten. Eine solche Thymollösung ist ausserdem fast gar nicht giftig; ein ganzes Liter davon (1 g Thymol) würde dem menschlichen Organismus durch Resorption einverleibt werden können, ohne irgendwie zu schaden. Metallene Instrumente, welche in dieselbe hineingelegt werden, greift sie nicht an; auf der Haut verursacht sie bei längerer Berührung (Spray) Röthung und Brennen. Der Geruch der Thymollösung (nach Thymian) ist nicht unangenehm. Andere üble Nebenwirkungen, z. B. Anästhesieen, Epidermisabschuppungen, Eczeme, wie nach der Anwendung der Carbolsäure, hat R. nicht beobachtet.

Zur klinischen Prüfung des neuen Antisepticum wurden anfänglich nur leichte Verletzungen, namentlich oberflächliche Kopf- und Fingerverletzungen, später auch grössere Operationswunden herange-

zogen, und seit Beginn des Jahres 1878 ist das Thymol in der Halle'schen Klinik fast ausschliesslich zur antiseptischen Wundbehandlung im Gebrauch. Die Technik des Thymolverbandes ist fast unverändert dieselbe, wie beim Lister'schen Carbolgaze-Verband, nur dass überall an die Stelle der Carbolsäure das Thymol tritt. Das einzige Carbolpräparat, dessen nicht entbehrt werden konnte, ist das Lister'sche Catgut. Eine Abweichung besteht nur bezüglich der Präparation der Thymol-Gaze. Da das Paraffin im Lister'schen Mull wahrscheinlich zum Auftreten der so lästigen Carbol-Erytheme und -Eczeme beiträgt (Paraffin-Krebs!), so benutzte R. zur Fixation des gleichfalls flüchtigen Thymols eine Mischung von Cetaceum und Harz im Verhältniss von 10:1. Auf 1000 Theile gebleichter Gaze kommen 500 Theile Cetaceum, 50 Theile Harz und 16 Theile Thymol. Dieser Verbandstoff ist ausserordentlich weich und geschmeidig, saugt Blut und Wundsecrete wie ein Schwamm auf und bleibt auch bei starker Durchnässung in hohem Grade elastisch.

Das Verfahren R.'s beim Verbande gestaltet sich etwa kurz folgendermassen: direct auf die Wunde, ohne Schutztaffet, legt er Thymol-Gaze in Form von »Krüllgaze-Ballen« und über diese eine glatte, achtfache Schicht derselben Gaze. Zwischen die 7. und 8. Schicht kommt nach altem Lister'schem Brauche ein Stück undurchlässigen, in Thymollösung abgewaschenen Guttaperchapapiers, um Verflüchtigung des Thymols zu verhindern und die Secrete zu zwingen, sich weit in der desinficirenden Gaze zu verbreiten. Eine in Thymolwasser getauchte Gazebinde, fest angelegt, schliesst den Verband. R. erzielte auf diese Weise fast hermetischen Verschluss der Wunde gegen die Atmosphäre. — Spray mit Thymolwasser. Die Drainageröhren aus Kautschuk werden wochenlang in Thymolwasser desinficirt. Nähte wie beim Lister'schen Verband. Wenn man ein Ankleben der Gaze an die Granulationen fürchtet, z. B. bei ausgedehnten Wundflächen, kann man als Protectiv einfach ein Stück Guttaperchapapier benutzen. — Dieser Verband ist zwar immer noch sehr complicirt, aber doch etwas einfacher, als der ursprüngliche Lister'sche Verband und namentlich sehr viel billiger als dieser. Die Kosten werden theils durch den geringeren Preis der Materialien an und für sich[1]), theils durch den weniger häufigen Wechsel des Verbandes reducirt. An Leistungsfähigkeit endlich kommt der Thymolverband dem Carbolgazeverband nach den bisherigen Erfahrungen völlig gleich.

Zur Erläuterung dieses Satzes ist eine Casuistik über sämmtliche bisher nach dieser Methode behandelte 41 Fälle beigefügt. Es befinden sich darunter 7 Hydrocelenincisionen, 2 Incisionen von Sehnenscheiden-Hygromen, 5 Sarcomexstirpationen, 2 Radicaloperationen an Hernien, 3 Operationen am Fuss nach Chopart und Pirogoff, ferner 1 Oberarm-Amputation, 3 Unterschenkel-Amputa-

[1]) Dr. Jaeger (Hirschapotheke zu Halle a/S.) liefert Thymol-Gaze à Stück (6 Yards) = 3,50 ℳ; in grösseren Posten billiger. — Die Gaze darf nie offen an der Luft liegen, sondern muss in Pergamentpapier verpackt sein.

tionen und 4 Ellenbogengelenk-Resectionen. Anhangsweise wird noch über 18 weitere Fälle, meist schwere Verletzungen, berichtet, welche bezüglich der Heilungsresultate in keiner Weise von den ersten Fällen abwichen.

Die Vorzüge des neuen Verbandes resumirt Verf. selbst am Schlusse der Mittheilung in folgenden Worten: »Der Thymolverband in seiner oben angegebenen Form lässt in Bezug auf Sicherheit der antiseptischen Wirkung nichts zu wünschen übrig, ist aber insofern dem Carbolgazeverband, dem anerkannt besten der bisherigen antiseptischen Verbände, vorzuziehen, als die Secretion der Wunden unter ihm eine viel geringere, die Heilungsdauer eine kürzere ist, somit auch die Kosten wegen der seltener zu wechselnden Verbände niedriger als bei jenem ausfallen. Er ist ferner dem Carbolverbande darin überlegen, dass das verwendete antiseptische Mittel nicht giftig ist und die Nebenwirkungen der früheren Verbände, Eczeme etc., unter ihm nicht beobachtet werden.« **A. Hiller** (Berlin).

Zybulski. Ueber den Einfluss der Körperstellung auf den Blutdruck und den Puls.

(St. Petersb. med. Wochenschrift 1878. No. 11. p. 93.)

An curarisirten Hunden wurde ausser der Pulsfrequenz der Blutdruck in der Carotis und Art. crural. bei verschiedenen Körperstellungen geprüft. Das Hauptergebniss war, dass in der vertikalen Stellung, Hinterbeine nach oben, der Druck in den Gefässen der vorderen Körperhälfte erhöht und (durch Reizung des Vaguscentrums) der Herzschlag verlangsamt war; beim Uebergang in die horizontale und vertikale Lage, Kopf nach oben, ging der Carotisdruck allmälig unter die Norm herab, und trat (durch Reizverminderung am Vaguscentrum) allmälige Beschleunigung der Herzcontractionen ein. Das Wenden auf die Seite wirkte auf den Puls nicht.

Mögling (Schwenningen).

Ch. S. Roy und **Graham Brown.** Neue Methode, den Blutdruck in den kleinsten Arterien, Venen und in Capillaren zu messen.

(Verhandl. der physiol. Gesellsch. zu Berlin. Sitzung vom 15. Febr. 1878.)

R. und Br.'s ingeniöse Versuchsanordnung gestattet die Blutdruckbestimmung in kleinen Gefässen unter dem Mikroskope. Ein gläsernes Wassermanometer steht durch einen mit Luft gefüllten starkwandigen Kautschukschlauch in Verbindung mit einer auf dem Objecttisch des Mikroskops fixirten, cylindrischen Kapsel, deren untere Fläche aus einer Glasplatte, deren Wand aus Messingblech und deren obere Fläche durch eine transparente, schlafffaltig aufgebundene, sehr feine thierische Membran (z. B. Harnblase des Frosches) gebildet ist. Es wird somit durch Erhöhung der Wassersäule im Manometer die Luft in der Kapsel comprimirt und so die Deckmembran entfaltet.

Um dies bequemer zu erreichen, ist in den Lauf des Kautschukschlauchs ein T-Rohr eingefügt; der asymmetrische Schenkel des Rohrs ist mit einem zwischen zwei Messingplatten geklemmten Kautschukbeutel verbunden; eine feine Schraube erlaubt, die Platten in fein abstufbarer Weise einander zu nähern und von einander zu entfernen. Hierdurch wird die Luft aus dem Kautschukbeutel in die Kapsel, sowie in das Wassermanometer gedrückt; die gehobene Wassersäule zeigt die Grösse des ausgeübten Druckes an. Wird nun auf die schlafffaltige Membran ein durchsichtiger Körpertheil (Schwimmhaut, Zunge, Mesenterium des Frosches u. s. w.) gelagert, so schmiegt sich die Membran dicht an den Körpertheil, der nunmehr dem durch das Manometer angezeigten Druck ausgesetzt ist. In der Froschschwimmhaut wird, wie die Versuche ergaben, der Blutlauf in den Capillaren und Venen gestört, wenn der Luftdruck auf 100—150 mm Wasser vermehrt wird, in den kleinen Arterien dagegen erst bei 200—350 mm Wasserdruck. Von ferneren Resultaten, die R. und Br. erhalten haben, sind anzuführen: 1) Mit der Erweiterung der Gefässe wächst die zum Zusammendrücken der Circulation nothwendige Wassersäule, also auch die Blutdruckhöhe. 2) Alle 3—4 Minuten erleidet der Druck ziemlich regelmässige, periodische Schwankungen um 20—30 mm. 3) Beim Goltz'schen Klopfversuch (reflectorischer Herzstillstand durch Klopfen der Bauchdecken) sinkt der Druck auf 0. 4) Temporäre Anämie lässt die Gefässe sich erweitern; das wieder zugelassene Blut strömt unter erhöhtem Druck ein. 5) Rückenmarksreizung erhöht den Druck, Durchschneidung der Nerven erniedrigt ihn. **J. Munk** (Berlin).

Kaposi. Ueber den sogenannten Lupus syphiliticus.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 50, 51 und 52.)

Verf. findet im Ausdruck »Lupus syphiliticus« nur die Angabe einer Verlegenheitsdiagnose, d. h. der Arzt weiss nicht, womit er es zu thun hat, weiss nicht ob Lues oder Lupus vorliege. Danach setzt K. die Unterschiede der an und für sich schwer mit einander zu verwechselnden lupösen und syphilitischen Knoten und Ulcerationen auseinander, um zu beweisen, dass es gar keinen Lupus syphiliticus gäbe, wie auch kein Autor denselben kenntlich charakterisirt habe. Von Interesse für die Frage ist ein angeführter Fall, in welchem eine schon seit langer Zeit wegen Lupus behandelte Pat. syphilitisch inficirt wurde und die Erkrankungsformen neben einander an demselben Individuum beobachtet und behandelt wurden.

v. Mosengeil (Bonn).

Oré. La conservation du cerveau avec sa forme, son volume sa couleur.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1877. No. 51. p. 1310.)

Das Gehirn wird frisch herausgenommen, seiner Häute entkleidet, und in Alkohol von 90° gelegt. Alle 12 Stunden wird es umgekehrt,

je nach 4 Tagen müssen Wollestreifen zwischen die Windungen eingelegt und der Alkohol erneuert werden bis zum 20. oder 30. Tag. Dann wird das Gehirn herausgenommen, in 3 Schichten Leinwand gehüllt, die mit etlichen Kautschukstreifen festgehalten werden, worauf es 15—20 Stunden in einen auf 45° Wärme gehaltenen Trockenkasten kommt. Hierdurch hat das Gehirn seine Form, Farbe und sein Volum beibehalten, seine Consistenz ist derb elastisch. Damit aber die Ventrikel nicht einsinken, werden in ihnen kleine Kautschukballons aufgeblasen, und damit der Alkohol nicht an der Luft verdunstet, muss die ganze Oberfläche in allen Buchten und Spalten mit Firniss überzogen werden. Von so conservirten Gehirnen können auch galvanoplastische Abgüsse angefertigt werden. — In gleicher Weise behandelt Verf. Herz, Milz und Nieren.

Mögling (Schwenningen).

F. Mason. On harelip and cleft palate.

London, **J. & A. Churchill,** 1877.

Diese Monographie in der bekannten, mustergültigen Ausstattung der renommirten Verlagshandlung ist ein unveränderter Separatabdruck der beiden Arbeiten des Verf. aus den St. Thomas Hospital Reports 1875 und 1876 und dem Andenken Sir William Fergusson's gewidmet.

Im ersten Abschnitte über die Hasenscharte, p. 3—50, behandelt M. in recht klarer Darstellung die verschiedenen Formen derselben, die beobachteten Complicationen (Gesichtsspalten) und anderweitige Abnormitäten (überzählige Daumen etc.) an demselben Individuum; geht auf die seltene Spalte der Unterlippe ein; bespricht besonders bei der in Rede stehenden Missbildung das öftere Fehlen des einen oder zweier Schneidezähne und giebt die bekannten embryologischen Daten der Hemmungsbildung und das durch Beispiele erhärtete Factum, dass Erblichkeit eine wichtige Rolle für die Entstehung beanspruche. — Ausführlich beschreibt Verf. die bekannten Operationsmethoden französischer und englischer Chirurgen (Malgaigne, Henry, Mirault, Nélaton, Giraldès, Sédillot, Colles, Stokes) und alle Details der operativen Technik und Nachbehandlung, der dazu erforderlichen Instrumente und Materialien. Gegen die überwundene Auffassung der späteren Operation erhebt er seine Stimme und giebt Fergusson's Methode der einfachen Excision des Zwischenkiefers bei einigermassen stärkerer Prominenz desselben den Vorzug.

Im zweiten Theile, p. 50—121, bespricht Verf. die congenitalen Spalten des weichen und des harten Gaumens resp. beider, die charakteristisch immer in der Mittellinie liegen und eine Hemmungsbildung aus der 8. bis 9. Foetalwoche darstellen. Hereditäre Momente fallen hierbei nicht in's Gewicht; der operative Verschluss sei am

zweckmässigsten nach dem 5. oder 6. Jahre vorzunehmen, wenn nicht besonders günstige Verhältnisse ihn früher wünschenswerth erscheinen lassen.

Die operative Ausführung der Staphyloraphie, der Uranoplastik und Osteoplastik und ihre Nachbehandlung, ebenso die dazu nothwendigen Instrumente werden ausführlich beschrieben, ohne für uns etwas Neues zu bieten. Für die ersteren 2 Operationen soll die Narkose benuzt werden. Speciellen Werth legt M. darauf, nach eingetretener Heilung, um dem Gaumensegel eine andere Stellung für die Phonation zu geben, dasselbe von der Innenseite des hakenförmigen Fortsatzes an senkrecht einzuschneiden. — In den Prioritätsansprüchen vindicirt M. den grössten Theil der Methoden den Engländern. So soll Fergusson die schon von Dieffenbach geübte Durchtrennung der Muskeln bei der Staphyloraphie zuerst methodisch eingeführt haben, und vor v. Langenbeck Avery dieselbe Form der Uranoplastik schon ausgeübt haben. — In einem kurzen Anhange werden schliesslich die erworbenen Gaumendefecte besprochen. Zahlreiche Holzschnitte unterstützen die deutliche Schreibweise. **Pils** (Stettin).

E. Burow. Laryngoskopischer Atlas. (61 Figuren auf 10 Tafeln in Farbendruck.)

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1877.

Verf. pflegte seit Jahren die charakteristischen Bilder durch farbige Zeichnungen zu fixiren, die nunmehr planvoll ausgewählt, in schönem Farbendruck ausgeführt, mit erläuterndem Texte ein compendiöses Lehrbuch in äusserst wirksamer Darstellung geworden sind. Nach einer kurzen Anweisung der laryngoskopischen Untersuchung (Verf. hält die Beleuchtungsfrage für unwesentlich, verwirft Kopfhalter, Epiglottis-Instrumente, örtliche Anästhesie) folgen die typischen Bilder des normalen Larynx und der Trachea, wobei mit Recht der Werth der Tracheoskopie betont wird unter Anführung eines paratrachealen, durch ein Aorten-Aneurysma veranlassten Abscesses, bei dem auf Grund des negativen, laryngealen Befundes B. die wegen Suffocation vorgeschlagene Tracheotomie verweigerte. Dem Rathe, die laryngoskopische Diagnose womöglich in der ersten Sitzung zu erzwingen, möchten wir den hinzufügen, nicht blos bei jeder Stimmstörung, sondern auch bei jeder Dysphagie zu laryngoskopiren. — Den Katarrhbildern, unter denen ein schwerer Fall bei einem Erwachsenen zur Tracheotomie führte, während eine Chorditis acuta inferior eines Kindes durch energische Antiphlogose heilte, folgen die von Croup und Diphtherie (Kinder laryngoskopiren!). Laryng. hämorrh. und Glottisödem zeigen prägnante Fälle. Die specifischen Entzündungen sind in allen Hauptarten vertreten. Das Misstrauen gegen die Schröter'sche Stenosenbehandlung halten wir für ebenso verfrüht, als das Urtheil über

die Larynxexstirpation und das Bedenken gegen die Luton'schen Jodinjectionen ist übertrieben. Als Fremdkörperbild figurirt nur eine Gräte in der rechten Fov. gloss. epigl. — Das »an Triumphen reiche« Capitel der Neubildungen ist durch eine Reihe schöner Fälle vertreten, über die schon früher referirt wurde (Centralbl. f. Chir. 1875, p. 443 und 1877, p. 270, daselbst ist auch über Chorditis vocalis und über die Extraction einer Kanüle aus der Trachea berichtet). Mackenzie's Zange, Gibb's Constricteur und Störk's Guillotine sind meist benutzt. Die Laryngofission ist nirgends erwähnt. Die Ansicht Lewin's, die recidiven Papillome nicht zu operiren, wird mit Recht verworfen. Fälle, wo die Recidive sich erschöpften, sind bekannt. Stenosen (auch durch Compression) und Paralysen (am häufigsten verkannt) beschliessen das verdienstliche Buch, das der Popularisirung der laryngealen Disciplin einen grossen Dienst leistet; andrerseits zeigt es, wie wirksam gerade die Chirurgie auf diesem kleinen Gebiete herrscht. **Pauly** (Posen).

Yeo und **Lister.** Removal of papilloma of the larynx; coexistence of thoracic aneurysm.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 351. — Clinic. soc.)

Der 49jährige Mann, seit 7—8 Jahren heiser, stets ohne Husten, sehr abgemagert, zeigt in der vorderen Commissur des Kehlkopfs eine gestielte, blutreiche warzige Geschwulstmasse; zugleich besteht ein Aneurysma des Aortenbogens, das angeblich nach Heben einer schweren Last im verflossenen Jahre bemerkbar geworden ist. Da die Entfernung der Geschwulstmasse vom Munde aus nicht möglich erschien, so versuchte L. dieselbe nach gemachter Cricotomie, sah sich aber gezwungen, um Raum zu gewinnen, den ganzen Larynx zu spalten, nachdem nach Foulis' Vorgang eine hufeisenförmige Röhre mit kürzerem Schenkel genau und fest in die Trachea eingelegt worden; die Geschwulstmassen wurden einschliesslich der wahren und falschen Stimmbänder entfernt, die Median-Schnitte im Kehlkopf und die Weichtheile vereinigt. Der Tubus wurde nach 6 Stunden entfernt; prima reunio bis auf die Stelle, an welcher der Tubus gelegen. Nach einem Monate konnte Pat. geheilt entlassen werden. Vorgestellt in der Versammlung, hustete Pat. wie jeder andere und konnte mit tiefer, rauher monotoner Stimme ziemlich verständlich sprechen. Gegen Holmes' Zweifel, dass die falschen und wahren Stimmbänder total entfernt seien, erheben sich L., Y., L. Browne und Thornton, die theils bei der Operation zugegen gewesen, theils ihn nachträglich mit dem Laryngoskop mehrfach untersucht haben. L. führt aus, dass er schon früher bei Narkosen gefunden, dass das stertoröse Athmen durch das Hervorziehen der Zunge aufgehoben wurde, und dass die Untersuchungen mit dem Kehlkopf-

spiegel ihm gezeigt, dass der hintere Abschnitt der Lig. ary-epiglottica in Schwingung gerathe und den stertorösen Beiklang liefere. Nachdem L. Browne auf die Gefahrlosigkeit der Laryngofissur hingewiesen, gegenüber den Versuchen, verbreitete Geschwulstmassen vom Munde aus zu entfernen, welche oft von heftigen Larynx-Krämpfen gefolgt wären, die sogar die Tracheotomie nothwendig gemacht haben und welche leicht mit Verletzungen der Laryngealknorpel einhergehen, die in ihrem Gefolge durch Paralyse der Stimmbänder und Nekrose der Knorpel den Tod des Pat. herbeiführen können, betont F. Simon, dass in diesem Falle dennoch vom Munde aus hätte operirt werden sollen und beruft sich auf v. Bruns Statistik (vergl. Centralbl. für Chir. 1878. No. 20) nach welcher die Erhaltung der Stimme bei endolaryngealer Methode viel grössere Chancen habe, als bei Laryngotomie; auch möchte er die vicariirende Function der Plic. ary-epiglot. für die Stimmbänder nicht ohne weiteres anerkennen. —

Pils (Stettin).

C. Richter. Ueber Ausspülungen der Gebärmutterhöhle mit 40° R. warmem Wasser bei Blutungen im Wochenbett.

(Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. II. Hft. 2. p. 284.)

Verf. hat in der Königl. Charité zu Berlin im Verlauf von mehr als 10 Monaten bei 105 Wöchnerinnen mit 112 verschiedenen Blutungen diese Irrigationen ausgeführt. Er nimmt 1% Carbollösung. Stärkere heisse Lösungen sollen zu irritirend wirken. Irrigator und gebogenes Glasrohr (Hildebrandt) bilden die nöthigen Instrumente. Der Hauptwerth wird darauf gelegt, dass nach völliger Reinigung der Innenfläche des Uterus von Blutgerinnseln oder zurückgebliebenen Eitheilen (sei es durch Druck von aussen, oder manuell oder durch die Ausspülung selbst) das etwa 40° R. warme Wasser längere Zeit hindurch direct mit den blutenden Geweben in Berührung bleibt. Verf. sucht die Wirkung des heissen Wassers weniger in einem Reiz und dadurch herbeigeführter Contraction, als in einer Art leicht entzündlicher Reizung, einer ödematösen Durchfeuchtung und Quellung der Gewebe, besonders des submucösen, intramusculären und perivasculären Bindegewebes, — somit in einer Compression der Gefässe. Verf. fand in Uebereinstimmung mit Runge (dem er vorwirft, dass an seinen ungünstigen Resultaten der Umstand Schuld sei, dass er das heisse Wasser nur gegen die Portio gespritzt habe) den Uterus nach der Ausspülung nicht hart, trotzdem stand die Blutung. Ferner beobachtete er, dass die Blutung allmälig wiederkehrte, wenn eine Eisblase auf das Abdomen gelegt wurde. Die Kälte wirkte hier antiphlogistisch, die ödematöse Infiltration schwand, die Lumina der Gefässe wurden wieder geöffnet. Meist wurde innerlich daneben Secal. corn. gereicht, resp. Ergotin subcutan injicirt.

Die Resultate waren sehr günstige. Nur eine Wöchnerin starb

an schwerer Anämie, sonst gelang es stets, der Blutung durch die Injection (in 83 Fällen durch eine einmalige) Herr zu werden.

Die Arbeit würde durch grössere Kürze bedeutend gewonnen haben. Zu grosse Ausführlichkeit, besonders auch in der Erzählung von Krankengeschichten ermüdet den Leser.

Benicke (Berlin).

H. Thompson. An account of 500 cases of operation for stone in the bladder.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 385. — Royal med. and chir. soc.)

Verf. berichtet unter Vorlegung der Präparate und Angaben der wichtigsten Daten über seine sämmtlichen bis zum 1. Jan. 1877 verrichteten Steinoperationen. Dieselben betragen nicht weniger als 500, verrichtet an 420 Personen in einem Alter von 20—70 Jahren; die Mehrzahl der Pat. war 50—70 Jahr alt, das »Durchschnittsalter« $61\frac{1}{2}$ Jahr. 422 Mal wurde die Steinzertrümmerung, 78 Mal der Steinschnitt in Anwendung gezogen, nur in einigen Fällen wurde die Lithotripsie 3 Mal, mehrfach 2 Mal ausgeführt. Mit Bezug auf Mortalität starben (innerhalb 6 Wochen) nach der Lithotripsie 32 (1 : 13), nach der Lithotomie 29 (1 : $2\frac{3}{4}$). Die entfernten Steine bestanden aus Harnsäure 313 Mal, aus Phosphaten 99 Mal, von gemischter Zusammensetzung waren 81 Steine; Cystinsteine 1 Mal; 2 Steine bestanden aus Phosphaten und kohlensaurem Kalk; 4 Mal hatten sich Phosphate um fremde Körper niedergeschlagen. (Die Details über Todesursache und Vorkommnisse nach der Operation sind in dem Bericht nicht wiedergegeben. Ref.)

In der Discussion giebt Cadge (Norwich) zu, dass die Mortalitätsziffer für Lithotripsie, wenn man 3 abgezogene Fälle hinzurechne, mit 8 % die erfahrungsgemäss richtige sei, muss aber für die Mortalitätsziffer nach Lithotomie (20 %) bemerken, dass T. sie zu niedrig gegriffen habe, weil die Operirten meist jung gewesen. Würde die Lithotomie wie die Lithotripsie bei Personen in den sechziger Jahren angewendet worden sein, dann hätte sicher die Mortalitätsziffer sich viel grösser gestaltet. Es betrug z. B. die Mortalität nach Lithotomie bei 60 Jahre alten Pat. im Norwich-Hospital (vor Einführung der Lithotripsie) 31 %. C.'s eigene Statistik, obwohl an Zahlen viel kleiner, stimme mit T.'s Resultaten dennoch überein; unter 220 Operationen sind 134 Lithotomien und 86 Lithotripsien. Von ersteren 104 bei Erwachsenen (30 unter 20 Jahren) starben 20 %, von den Lithotripsirten 10 %. Vergleicht man die Lithotripsie mit der Lithotomie, so liegt es auf der Hand, dass die meist durch letztere Operation entfernten Steine die grösseren und schwereren sind und darum mehr Gefahren nach sich ziehen, ebenso ist die Wiederkehr der Steine nach der ersteren Operation eine häufigere; T. scheine keine Wiederkehr nach der Lithotomie beobachtet zu haben. — Crosse fand Recidive unter 700 Steinen nur 12 Mal, und glaubt, dass hier Frag-

mente des ersten Steines zurückgeblieben sind. Eine weitere Schattenseite der Lithotripsie sei die nachfolgende Blasenentzündung und Neigung zu Niederschlägen von Phosphaten. Der höchst wichtige Punkt bleibt aber die definitive Heilung, die recht oft nach Lithotripsien gar nicht eintritt. — Auch J. Paget wendet sein Augenmerk den Schattenseiten der Lithotripsie zu. Spencer Wells will die nachfolgende Cystitis nicht allein den traumatischen Insulten zuschreiben, sondern auch dem zersetzten Urin, durch Einführung von Bacterien mittelst der Instrumente und der Injectionsflüssigkeit und hofft, dass antiseptische Massnahmen nicht ohne Erfolg sein werden. — In der Schlusserwiderung betont T., dass Blasensteine bei genauerer Untersuchung viel häufiger und früher erkannt werden müssten, dass mehrfache Sitzungen von der Lithotripsie nicht zurückhalten dürften und dass vor Allem Lithotripsie und Lithotomie keine rivalisirenden, sondern sich ergänzende Operationen seien.

Pils (Stettin).

Hegar. Ueber die Exstirpation normaler und nicht zu umfänglicher Tumoren degenerirter Eierstöcke. —

(Centralbl. f. Gynäkologie 1877. No. 17. 1878. No. 2.)

H. bespricht zunächst die Bedeutung, welche den Eierstöcken für den Gesammtorganismus zukommt, im Anschluss an die einzelnen Verhältnisse, denen wir unsere recht lückenhaften Kenntnisse hierüber verdanken: den angebornen und erworbenen Defect der Ovarien, die Castration weiblicher Thiere, die Exstirpation der menschlichen Ovarien in der Kindheit und im vorgerückteren Alter und die Sistirung der Ovulation während der Schwangerschaft und im Klimakterium.

Die Exstirpation normaler Ovarien wurde — wenn man von den bei Ovarialhernien ausgeführten Operationen absieht — zuerst von H. im Juli 1872 bewerkstelligt, etwa einen Monat, bevor Battey, nach welchem das Verfahren inzwischen benannt worden ist, seine erste »normale Ovariotomie« ausführte. Die Bedeutung derselben sieht H. lediglich in der Anticipation des Klimax. Bedeutende Veränderungen im Habitus und den weiblichen Charaktereigenthümlichkeiten sind nicht zu befürchten; nur zuweilen tritt eine Tendenz zur Fettbildung hervor.

Die Prognose ist bis jetzt noch nicht sehr gut, da man eine Mortalität von 25% annehmen muss. Indess lässt sich mit Bestimmtheit eine erhebliche Herabsetzung dieser Ziffer erwarten. — Von besonderer Wichtigkeit ist gerade bei dem in Rede stehenden Eingriff die Feststellung der Bedingungen und Indicationen.

Unter den Bedingungen stellt H. obenan, dass man die Eierstöcke vorher gefühlt haben muss. Hieran schliesst sich des weiteren, dass man sicher sein muss, die Eierstöcke vollständig herausnehmen zu können. Endlich darf keine frische Entzündung bestehen.

Indicirt ist die Exstirpation im Allgemeinen »bei unmittelbar

lebensgefährlichen, in kurzer Frist zum Tod führenden oder solchen Anomalien und Erkrankungen, welche ein langdauerndes, fortschreitendes, qualvolles, den Lebensgenuss und die Beschäftigung hinderndes Siechthum bedingen, sobald andere Heilverfahren ohne Erfolg angewandt wurden, während der Wegfall der Keimdrüse Heilung verspricht.«

Bezüglich der sehr eingehenden Specialisirung der Indicationen müssen wir auf die Abhandlung selbst verweisen, um so mehr als diese das gedrängte Resumé einer demnächst erscheinenden grösseren Arbeit H's. bieten soll. Wir erwähnen hier nur, dass die von Battey aufgestellte Indication der Operation »bei lange protrahirten physischen und psychischen Leiden, abhängig von nervösen und vasomotorischen Störungen, die allen andern Mitteln getrotzt haben,« bei denen also die Abhängigkeit des Leidens von den Ovarien gar nicht klar vorliegt, von H. als ungerechtfertigt zurückgewiesen wird.

Die günstigsten Resultate liefert nach H. die Operation da, wo sie wegen Metrorrhagien bei Uterusfibromen vorgenommen wurde.

Bezüglich der Technik sei erwähnt, dass H. nicht wie Battey das hintere Scheidengewölbe, sondern die Bauchdecken incidirt, unter gewissen Verhältnissen in der Lin. alba, am häufigsten durch Flankenschnitt, zuweilen direct auf die durchfühlbaren Ovarien einschneidend.

Besondere Beachtung verdient das Verhalten der Tuben, die mit entfernt werden müssen, falls sie entzündet und mit Eiter gefüllt angetroffen werden. **Löhlein** (Berlin).

Verneuil. Procedé pour la désarticulation de la hanche et mode de pansement.

(Gaz. des Hôpit. 1877. No. 139.)

Das Verfahren zur Exarticulation in der Hüfte, das Verf. der Académie de Méd. vorgelegt hat, ist folgendes: Esmarch'sche Einwicklung so weit als es möglich ist. Hautschnitt unterhalb des Lig. Pouparti beginnend und längs der Gefässe nach abwärts (5—6 cm) reichend; von dem unteren Ende desselben wird das Messer nach aussen und unten bis zur Falte zwischen Hinterbacke und Schenkel, welcher man nach einwärts folgt, geführt und dann schräg nach aufwärts bis zwei Fingerbreiten unterhalb der Genito-Cruralbeuge, von wo aus man den Ausgangspunkt des Schnittes erreicht.

Die durchtrennten Gefässe der Haut und des subcutanen Gewebes werden ligirt. 2) Präparation und Eröffnung der Gefässscheide, wobei die Arteria femoralis bis zum Abgang der Profunda femor. freigelegt wird und Unterbindung der Femoralis oberhalb der Theilung und beider Aeste unterhalb derselben; Durchschneidung zwischen den Ligaturen. Ebenso wird die Vena femor. behandelt. 3) Durchschneidung der Muskeln, von aussen oder von innen beginnend; Unterbindung aller Gefässe, womöglich vor ihrer Durchschneidung. Zuletzt werden die Muskeln nach hinten zu durchschnitten und die Gefässe unterbunden. (Bei der Angabe dieser Procedur ist die

eigentliche Exarticulation ganz vergessen worden, aus der später folgenden Krankengeschichte geht hervor, dass sie nach Durchtrennung sämmtlicher Muskelbäuche an der inneren, vorderen und äusseren Seite gemacht wird. Ref.) Es folgt der Bericht über einen wegen eines »fibrocolloiden« Tumors des Oberschenkels auf diese Weise operirten 51 jährigen Mann. Aus demselben geht hervor, dass V. nur die Esmarch'sche Binde, aber keinen constringirenden Schlauch anlegt. Der Blutverlust betrug mindestens 600 g. Verband mittelst kleiner in Wasser getauchter Mullcompressen, darüber Charpie mit schwacher Carbollösung getränkt und Einhüllung in Watte, die mit einem impermeablen Taffet bedeckt wird. Die Wundfläche brauchte 14 Tage zur Reinigung, die Temperatur überstieg niemals 38,2°; die Heilung, welche durch eine Plegmasia alba dolens des anderen Beines und eine heftige Diarrhoe gestört wurde, war in 3 Monaten vollendet. — Die Operation ist am 4. Juli 1877 ausgeführt worden und scheint die erste nach der angegebenen Methode zu sein. (Vergl. das Verfahren Rose's bei A. Lüning: Ueber die Blutung bei Exarticulation des Oberschenkels, Zürich 1877 refer. in No. 30, 28. Juli 1877 des Centralbl. für Chirurgie. Ref.)

Winiwarter (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Desormeaux. Pansement ouaté.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1877. No. 13. p. 358.)

Durch eine Modification des Watteverbands von A. Guérin will Verf. in den meisten Fällen primäre Vereinigung erzielt haben. Sein Verfahren schildert er für die Amputationen: Reinigung der Wunde mit Carbol- oder Chloral-Lösung, Nähte mit ausgeglühtem Eisendraht, Drainage, Watte mit Chlor geräuchert. Nach 12 bis 15 Tagen Verbandabnahme zur Entfernung der Drains und der unnützen Nähte, erneute Abwaschung und zweiter Verband. Nach weiteren 12—15 Tagen Entfernung des zweiten Verbands, dabei findet sich die Wunde meist vollkommen geheilt. **Mögling** (Schwenningen).

M. Lycops. Pyohémie sans lésion extérieure appréciable.

(Arch. méd. Belges 1878. Jan.)

Der 21 Jahr alte Patient wurde 3 Wochen lang an einem »typhösen« Fieber behandelt. Die Section ergab Pyämie mit Eiterherden in Leber, Milz, Lungen, Myocardium, Hirn. Von irgend einer voraufgegangenen Verletzung hatte man keine Spur gefunden. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Graf. Demonstration eines Präparates von Knochendefect im Schädel in Folge von Druckresorption durch ein Angiom.

(Verhandl. des V. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

G. bekam im Sommer 1875 einen 14jährigen Patienten mit einer weich elastischen, nicht pulsirenden Geschwulst in Behandlung, die sich an der rechten Seite des Kopfes von der Mitte des Stirnbeins zur Mitte des Hinterkopfes erstreckte. Die Haut darüber war verdickt und zu einem schlaffen Sack ausgedehnt. Es wurden 13 Carlsbader Nadeln durch die Basis der Geschwulst gestossen, und während vor diesen der Tumor abgetragen wurde, gelang es mittelst umschlungener Nähte, die Wundränder sofort zu vereinigen. Ferrum candens und Liquor ferri stillten die Blutung völlig.

Der Verlauf war anfangs günstig; nach einigen Wochen begannen jedoch die Granulationen derartig zu wuchern, dass wiederholte energische Aetzungen wirkungslos blieben. Tinct. jodi fortior mehrmals täglich aufgepinselt, beschränkte die Wucherung. In der 4. Woche traten pyämische Erscheinungen auf. Während diese zurückgingen, entstand eine profuse Blutung, die kaum durch Compression mittels Tannin-Tampons gestillt wurde. Es zeigten sich Symptome von Hirndruck und Pat. starb nach einigen Stunden. Die Section ergab, dass durch den Druck der Geschwulst eine Resorptionslücke (3 cm lang, 2 cm breit) im Schädel entstanden, durch welche hindurch der Sinus transversus comprimirt und zur Gerinnung gebracht worden war. Die Quelle der Blutung liess sich nicht constatiren.

A. Genzmer (Halle).

Krieg. Ein Fall von spontaner Fistula laryngis bei Perichondritis laryngis tuberculosa.

(Virchows Archiv LXXII. p. 92.)

Bei einer seit 3 Jahren an Husten und Heiserkeit bis Aphonie leidenden Frau bildet sich spontan während eines Wochenbettes in der Regio thyreoidea 3 cm über der Articul. sternoclavic. ein in den Larynx führender Fistelgang. Einige Wochen später entsteht nahebei eine zweite Fistel, aus der die Pat. den grössten Theil ihrer Sputa entleert, wodurch ebenso wie durch die ersterwähnte Fistel Luft aus- und einströmt. Bei der Section zeigten sich die Lungen mit Cavernen durchsetzt. Eine derselben ist im 3. rechten Intercostalraum unmittelbar neben dem Sternalrand dem Durchbruch nach aussen nahe. Es stand also bei längerem Leben die Bildung einer Lungenfistel bevor. Drei Abscesshöhlen liegen in der Umgebung des Kehlkopfes. Der grösste Theil des Lig. cricothyreoid., der mediane Theil des Ringknorpels sind untergegangen. An zahlreichen Stellen des Knorpelgerüstes sind Ulcerationen. K. fand in der Literatur nur 3 analoge Fälle von Andral, Oppolzer, Freemans mitgetheilt. **Madelung** (Bonn).

J. F. West. Laryngo-Tracheotomy for removal of a shilling from the larynx.

(The Lancet 1877. p. 722.)

Ein 22jähriger Mann verschluckte einen Schilling, sogleich folgten Verlust der Stimme, Gefühl des Erstickens, Schlingbeschwerden. Die Untersuchung mit der Schlundsonde ergab volle Wegsamkeit des Schlundes und der Speiseröhre; einige Tage später gesellte sich Husten hinzu, Dyspnoë bei jeder Anstrengung und in der Rückenlage; Pat. hatte das Gefühl, als wenn sich etwas in der Luftröhre hin und her bewege; im weiteren Verlaufe wurde der Husten häufiger, das Expectorirte leicht blutig gestreift und Pat. konnte nur auf der linken Seite liegen, wurde durch dyspnoëtische Anfälle häufig in der Nacht aufgeschreckt. — 4 Monate nach dem Unfall zeigte der abgemagerte, stimmlose Kranke starken Husten und pfeifenden Athem, die leichteste Bewegung ruft Dyspnoë hervor, der reinen Einathmung folgte eine pfeifende Ausathmung; auf beiden Lungen bestehen Rasselgeräusche. Mit dem Laryngoskop erkennt man den Rand eines Geldstückes in der Höhe der wahren Stimmbänder. Tracheotomie; der von der Wunde aus zu fühlende Fremdkörper wird nach Durchtrennung des Ringknorpels mittelst einer Zange extrahirt; 14 Tage später wird Pat. geheilt entlassen. — Nach näherer Auseinandersetzung der durch Fremdkörper in den Luftwegen hervorgerufenen Erscheinungen, wendet sich W. der Therapie zu und verlangt, dass jeder solcher Fremdkörper direct operativ entfernt werde, sei es, dass er gar keine oder sehr schwere Erscheinungen hervorrufe. Durham fand bei der Analyse von 554 Fällen, dass ohne Operation 42 % starben, nur 24 % nach der Operation; Genesung erfolgte durch Austreiben aus der Trachealwunde 62 Mal, durch den Mund 29 Mal, nach der Extraction mit Zangen 39 Mal, der Tod trat ein in 32 Fällen, in denen der Körper zurückgehalten blieb, nur 5 Mal, nachdem der Körper entfernt war. Diese Thatsachen sprechen deutlich und widerlegen Bryant's Ansicht, dass man die Einführung von Zangen in die Trachea und die Anwendung von Kraft bei der Extraction vermeiden müsse. Ob im ge-

gebenen Falle die Tracheotomie oder Laryngotomie oder die Combination beider anzuwenden sei, hängt ganz von den Verhältnissen ab. Als Regel darf man annehmen, dass die Tracheotomie anzuwenden sei, bes. bei Kindern oder wenn der Fremdkörper in den rechten Bronchus gefallen ist. Die Laryngotomie ist auszuführen, wenn hohe Erstickungsgefahr bevorsteht, oder wegen Spasmus oder Verlegung der Stimmritze die Athmung sistirt. Als Nachtheil der letzteren ist die Beeinträchtigung der Stimme und die erschwerte Fixirung der Kanülen zu nennen. Wird nach Eröffnung der Trachea der Fremdkörper nicht durch die Wunde oder durch den Mund herausgeschleudert, so muss man ihn mittelst gebogener Zangen entfernen, nöthigenfalls den Schnitt durch den Ringknorpel verlängern. **Pilz** (Stettin).

Bucquoy. Considérations pratiques sur le traitement de l'invagination intestinale à l'occasion de trois cas guéris par l'électricité.

(Journ. de Thérap. 1878. No. 4.)

Verf. hat das seltene Glück gehabt, fast zu gleicher Zeit 3 Fälle von Invagination in seine Behandlung zu bekommen, die er alle drei heilte, und zwar, wie er sich darzulegen bemüht, durch die Application des inducirten Stromes.

Die Krankengeschichten, die ihm als Argumente dienen sollen, sind kurz folgende.

I. Fall. G. Z., $3^1/_2$ jähriger, zart gebauter, aber gesunder Knabe erkrankte am 21. Dec. plötzlich nach der Mahlzeit mit heftigem Erbrechen, kolikartigen Schmerzen im Leibe und ungemein häufigem Drang zum Stuhl. Das Erbrechen wird bald gallig gefärbt, die Ausleerungen mit Blut vermischt. Die Zunge stark belegt, der Leib aufgetrieben; in der linken Seite ist ein ziemlich bedeutender Tumor zu fühlen. Der Zustand verschlimmert sich in den beiden nächsten Tagen noch mehr. Der Tumor nimmt an Umfang zu; Flatus und Faeces cessiren gänzlich. Eis und Selterswasser ohne Erfolg. Da die Diagnose unzweifelhaft ist, entschliesst sich Verf. am Abend des 23. zur Application des inducirten Stromes. Den einen Pol placirt er im Rectum, den anderen auf verschiedenen Stellen der Oberfläche des Leibes. Der Strom ist sehr schwach und wird deshalb gut vertragen. Die Manipulation dauert etwa 7—8 Minuten. Nach derselben soll eine bedeutende Erleichterung aufgetreten sein. Fäcale Ausleerung erfolgt erst, nachdem eine halbe Stunde später ein kaltes Wasser-Lavement gegeben ist. Da indessen der Tumor in der Seite des Leibes noch nicht ganz verschwunden ist, wird die Elektricität nochmals angewandt, worauf derselbe verschwindet und neue Ausleerungen herbeigeführt werden. Das Kind wird gänzlich wieder hergestellt.

II. Fall. Der 2. Fall betrifft ein Kind von 7 Monaten, welches unter ähnlichen Symptomen erkrankt. Die Diagnose ist auch diesmal mit Sicherheit gestellt, und es wird gleich von vornherein ein Lavement verordnet, welches jedoch nur eine ziemlich beträchtliche Quantität Blut zu Tage befördert. Kälte auf den Leib. Am nächsten Morgen wiederholtes Lavement mit demselben Erfolg. Auch hier fühlt man unter dem inneren Rande der falschen Rippen rechts einen nicht deutlich begrenzten, sehr schmerzhaften Tumor.

Anwendung des elektrischen Stromes auf die oben beschriebene Weise. Kein Erfolg. Unruhige Nacht, galliges Erbrechen, blutige Entleerungen per anum. Ein am andern Morgen verabreichtes kaltes Lavement führt sofort reichlichen Stuhlgang herbei. Da jedoch noch ein Tumor am untern Rande der Leber zu fühlen, nochmalige Application des faradischen Stromes. Der Tumor verschwindet gänzlich und das Kind genass.

Im 3. Fall endlich handelt es sich um ein 14jähriges, ungewöhnlich entwickeltes Mädchen, welches unter heftigem Erbrechen, Schmerzen im Leibe, Stuhl- und Urinverhaltung plötzlich erkrankt. Zugleich zeigt sich ein bedeutender Tumor unterhalb des Nabels von der Grösse eines schwangern Uterus im 7. oder 8. Monat.

Es wird eine Invagination angenommen, ein Klystier ohne Erfolg angewendet und noch an demselben Abend zur Elektricität geschritten, jedoch nichts als die Entleerung der Blase erzielt. Am andern Morgen ein Lavement ohne Erfolg. Dann Elektricität, die am Abend wiederholt wird.



Auf die abendliche Application des Stromes folgt ein Lavement, welches verhärtete Kothmassen zu Tage befördert. Am andern Morgen inducirter Strom, darauf 20 g Ricinusöl mit 1 Tropfen Crotonöl, wonach zwei enorme Entleerungen von Fäcalmassen stattfinden. Der Tumor hat noch immer dieselbe Grösse.

Ein noch hinzugezogener anderer Arzt ordnet Eisapplication und Lavements an. Seitdem wird die Elektricität nicht wieder angewandt und Pat. ist in wenigen Tagen wieder hergestellt. Der Tumor hat sich verkleinert, bleibt aber noch lange bestehen, so dass Verf. keine genügende Erklärung über das Wesen desselben geben kann.

Dies sind die drei Fälle von Invagination, die Verf. durch Elektricität heilte. Es dürfte wohl kaum einem Zweifel unterworfen sein, dass in allen drei Fällen die Lavements das Meiste, wenn nicht Alles zur Heilung beigetragen haben.

Verf. zählt die durch Elektricität geheilten Fälle anderer Autoren auf und spricht schliesslich die Ueberzeugung aus, dass die Elektricität in diesen Fällen das einzige sichere Mittel ist, wenn es angewandt wird, ehe Entzündungserscheinungen da sind. Eis und Lavements etc. sollen als Unterstützung der Elektricität gut zu verwerthen sein. **P. Schede** (Magdeburg).

H Burckhardt. Blutige Reposition einer veralteten »irreponiblen« Luxation des Oberarms.

(Württ. med. Correspondenzbl. 1878. No. 4. p. 35.)

Bei einer 48jährigen durch Schmerzen herabgekommenen Frau bestand seit 7 Monaten eine Luxation des Oberarms nach vorn und unten, deren Reposition nach vierteljährigem Bestand in der Tübinger Klinik vergeblich versucht worden war. Da der Zustand höchst unerträglich war, entschloss sich Verf. zur blutigen Reposition: Längsschnitt 13 cm lang, vorn von der Mitte zwischen Acromion und Process. corac. abwärts durch den Deltoideus bis auf die von fibrösen Massen bedeckte Pfanne, hierauf Isolirung des seines Knorpels beraubten und durch starke fibröse Schichten festgehaltenen Kopfes, mit subperiostaler Ablösung der Muskelansätze an der inneren Seite und theilweiser Abreissung des Tubercul. maj. bei der Reposition. Nach hinten wird eine Drainageöffnung angelegt, der Arm wie bei Clavicularbruch fixirt. Operation und Verband unter streng antiseptischen Cautelen. Dauer der Operation $1^1/_2$ Stunden. Verlauf ohne Störung, jedoch mit Eiterung bis zur 4. Woche.

Nach $^1/_4$ Jahr ist der Stat. praesens: active Hebung des Oberarms bis $^1/_2$ R., die rechte Hand kann die linke Schulter ergreifen, ebenso nach hinten den linken Darmbeinkamm; die Kranke isst mit der rechten Hand und macht ihre Haare selbst, nur die Auswärtsrotation ist minimal. Allgemeinbefinden sehr gebessert.

Mögling (Schwenningen).

v. Dumreicher. Vorstellung einer Patientin, an welcher er am 11. Juli und am 13. Dec. 1877, das erste Mal eine linksseitige 6,5 Liter Flüssigkeit haltende Ovariencyste, das zweite Mal eine Dermoidcyste des linken Ovariums von Kopfgrösse exstirpirt hatte.

(K. K. Gesellschaft der Aerzte. Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 2.)

Nach der ersten Operation der schwächlichen 18jährigen Frau war in 4 Wochen Heilung erfolgt, nach der zweiten in 18 Tagen, obwohl ohne Carbolspray operirt worden; doch hatte das Zimmer 22° und wurden feuchte, warme Schwämme fortwährend auf die Wundfläche gedrückt. — Am 10. Tage nach Exstirpation der zweiten Cyste trat die Menstruation ein. (Im Orig. ist, wie auch hier in der Ueberschrift, der Sitz beider Tumoren als linksseitig angegeben, doch geht aus Späterem hervor, dass ein Mal die rechte Seite gemeint ist. Ref). **v. Mosengeil** (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

R

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 23. **Sonnabend, den 8. Juni.** **1878.**

H. Eichhorst. Die progressive perniciöse Anämie. Eine klinische und kritische Untersuchung.

Leipzig, **Veit & Comp.,** 1878.

Das vorliegende Buch behandelt eigentlich eine sogenannte interne Blutkrankheit. Aber da die »progressive perniciöse Anämie« nach verschiedener Richtung auch für den Chirurgen von hervorragendem Interesse ist, so dürfte eine kurze Besprechung der Arbeit von E. im Centralbl. für Chir. gerechtfertigt erscheinen. —

Nach einleitenden historischen und kritischen Bemerkungen giebt Verf. zunächst in Form kurzer Referate die bisherige Casuistik möglichst vollständig wieder und zwar berichtet er im ganzen über 135 Beobachtungen. Von diesen kommen 17 Fälle auf die essentielle, primäre, idiopathische progressive perniciöse Anämie, 67 Beobachtungen betreffen die secundäre symptomatische, progressive perniciöse Anämie und zwar 19 im Gefolge von Schwangerschaft, 10 im Gefolge von der Geburt, 24 nach

Erkrankungen des Darmtractus, 7 nach Blut- und Säfteverlusten und 7 im Gefolge schlechter äusserer Verhältnisse (schlechte Wohnung, unzureichende Nahrung, Sorgen, Ueberanstrengung etc.). Als nicht sicher bewiesene Fälle von progr. perniciöser Anämie theilt E. 32 mit und zwar 5 Beobachtungen, deren Aetiologie sich wegen fehlender Anamnestica nicht feststellen lässt und 27 Beobachtungen ohne Section oder mit Heilung. Sodann folgen 19 Beobachtungen mit anatomischen Veränderungen innerer Organe, also Fälle, welche nicht zur progressiven perniciösen Anämie gehören. In dem sich anschliessenden Anhang werden noch Beobachtungen von Cérenville (Lausanne) und Lycke kurz erwähnt; hier findet sich auch die Angabe von Winge in Christiania, dass der bekannte Syphilidologe Boeck an perniciöser Anämie gestorben sei. — Nach einer kurzen Beschreibung des Krankheitsbildes im Allgemeinen folgen dann 7 ausführlich mitgetheilte eigene Beobachtungen, an welche sich die Analyse der klinischen Erscheinungen, des anatomischen Befundes, der Aetiologie und des Wesens der Krankheit anschliesst. Kurze Bemerkungen über Diagnose, Prognose und Therapie bilden den Schluss.

Die Darstellung des Ganzen ist übersichtlich, klar, prägnant und wer das Bedürfniss fühlt, sich eine eingehendere Kenntniss bezüglich der progressiven perniciösen Anämie zu verschaffen, dem sei das vorliegende Buch von E. auf's Wärmste empfohlen. —

Als Resultat der ganzen Untersuchung E.'s heben wir Folgendes hervor:

Der Name »progressive perniciöse Anämie« bezeichnet kein einheitliches Krankheitsbild, keine Krankheitseinheit, es giebt vielmehr verschiedene Formen von progressiven perniciösen Anämien, verschieden nach Aetiologie und nach Wesen. — Der Aetiologie nach hat man die primären, idiopathischen und die secundären symptomatischen Formen in Folge von (Schwangerschaft und Geburt, nach Störungen der Verdauung, nach Blut- und Säfteverlusten und in Folge schlechter äusserer Verhältnisse) zu trennen.

Dem Wesen nach hat man die progressiven perniciösen Anämien einzutheilen in solche, bei welchen zuerst der blutbildende Apparat erkrankt, und in solche, bei welchen primär ein abnorm reichlicher Untergang von Blutbestandtheilen stattfindet. Dieses Eintheilungsprincip gilt sowohl für die primären als auch für die secundären Formen.

Die genannten Ursachen bleiben nicht für sich allein bestehen, sondern die eine übt auf die andere schädliche Rückwirkungen aus und erst aus diesen letzteren erklärt sich das Wesen der Krankheit, sowohl ihr progressiver als auch ihr perniciöser Charakter.

Das klinische Bild der progressiven perniciösen Anämie besitzt keine specifischen Symptome und man ist daher nicht berechtigt, die Krankheit aus diesen allein zu diagnosticiren. Sie sind nur die Folgen der Anämie oder eines Zustandes, welcher ihr in der Endwirkung gleich ist, können sich also auch bei anderen Anämien unter Umständen finden. — Auch aus den anatomischen Verände-

rungen allein ist man nicht berechtigt, eine progressive perniciöse Anämie zu bestimmen, da auch sie keinen dem Leiden ausschliesslich eigenthümlichen Charakter besitzen und nur als Folgen des Blutmangels zu betrachten sind. — Die Diagnose der Krankheit lässt sich deshalb nur im Verein von klinischen und anatomischen Veränderungen mit Sicherheit feststellen. —

Nur eine einzige Form von essentieller progressiver perniciöser Anämie kann man bereits während des Lebens daran erkennen, dass im Blute constant und andauernd zahlreiche kleine, kugelige, rothe Blutkörperchen auftreten, welche man als rothe Blutkörperchen aufzufassen hat, die kleiner als normal und in ihrer Formentwickelung zurückgeblieben sind. — Diese Form von essentieller progressiver perniciöser Anämie scheint ihrem Wesen nach auf einer primären Erkrankung des blutbildenden Apparates zu beruhen.

Alle übrigen bisher von den Autoren beschriebenen Veränderungen der rothen Blutkörperchen bei der progressiven perniciösen Anämie (Vielgestaltigkeit, Ungleichheit der Grösse, amoeboide Bewegungen etc.) sind nur die Folgen der reinen Anämie, nicht der progressiven und perniciösen Anämie. —

Der Beweis, dass es eine progressive perniciöse Anämie giebt, die auf einer primären Erkrankung des Knochenmarkes beruht, ist noch nicht gegeben, da man die nicht constanten Knochenmarksveränderungen auch als Folgen des Leidens auffassen kann und ebenso fehlt ein bindender Beweis dafür, dass eine bestimmte Form von progressiver perniciöser Anämie vorkommt, welche auf eine primäre Störung der Innervation zurückzuführen ist.

H. Tillmanns (Leipzig).

Cazeneuve et Livon. Nouvelles recherches sur la fermentation ammoniacale de l'urine et la génération spontanée.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1877. No. 10 und 1878. No. 3.)

Die Versuche der Verff. behandeln die Fragen:

1) Ob die ammoniakalische Harngährung nur bei Gegenwart von gewissen niederen Organismen (Torula Pasteur) auftreten kann.

2) Ob die Organismen immer von aussen dem Harn zugeführt werden oder ob sie unter gewissen begünstigenden Umständen (alkalische Reaction) auch im menschlichen Organismus entstehen können (Generatio aequivoca).

3) Ob Fermente, die der Organismus erzeugt (nicht organisirte), die gleiche Umsetzung des Harnstoffes wie Torula hervorrufen können.

Diese Fragen werden verneint auf Grund der an Hunden ausgeführten Versuche.

Denselben wurde das Präputium durch eine Ligatur geschlossen, und mehrere Stunden später nach Unterbindung der Urethra und der Ureteren die Blase exstirpirt.

In der ersten Versuchsreihe wurde die so dem Körper entnommene Blase der Luft ausgesetzt, dabei transsudirte das Wasser des Urins durch die Blasenwand, verdunstete aber so rasch, dass die äussere Blasenwand trocken blieb. Der nach einigen Tagen der Blase entnommene Harn war von saurer Reaction und frei von Organismen.

Das gleiche Resultat ergab die zweite Versuchsreihe, bei welcher durch Injectionen von kohlensaurem Natron, essigsaurem Kali oder durch Verletzung des vierten Ventrikels der Harn alkalisch gemacht worden war.

Bei der dritten Versuchsreihe tauchte man die, wie oben beschrieben, dem Körper entnommene Blase, um die Verdunstung zu verhindern, in geschmolzenes Paraffin von 45°, 24 Stunden darauf wurde die Paraffinschicht entfernt, zwischen ihr und der Blase fand sich transsudirte Flüssigkeit; dieselbe ist trüb, von deutlich putridem Geruch, und enthält Torulaceen, Vibrionen und Bacterien in grosser Menge. Bei einem zweiten derartigen Versuch blieb der Erfolg aus, nachdem die Blase zuerst in Paraffin von 110° getaucht wurde und später, um eine Paraffindecke über dieselbe zu erhalten, in solches von 45°. Die nämliche Blase wird dann der Luft exponirt und wiederum in Paraffin von 45° getaucht. Nach einem Tag findet sich die transsudirte Flüssigkeit ammoniakalisch und enthält Bacterien.

In der zweiten Arbeit werden Experimente mitgetheilt, in welchen versucht wurde, durch verschiedene pathologische Vorgänge eine ammoniakalische Harngährung zu erzielen. Zu diesem Zweck wurde Hunden das Rückenmark verletzt oder durchschnitten, oder Nierenwunden beigebracht, um Blut und Eiter dem Harn zuzuführen, ferner auch Cystitis durch Canthariden hervorgerufen.

Bei einem Hunde wurde eine Retentio urinae von 72 Stunden durch Unterbindung des Präputiums erzielt, einen andern liess man an Inanition zu Grunde gehen.

In allen diesen Fällen ergab die Untersuchung des Harnes, nachdem die Blase dem Körper wie oben entnommen war: saure Reaction und derselbe war frei von Organismen.

Aus diesen Untersuchungen ziehen C. und L. in Uebereinstimmung mit Pasteur den Schluss, dass eine spontane Entwickelung von Bacterien im Harn nicht vorkommt und er sich unverändert erhält, wenn er vor den in der Luft enthaltenen Keimen geschützt wird.

Für die praktische Chirurgie folgt aus den Versuchen, dass alkalisch reagirender Harn zur Beobachtung kommen kann, ohne dass eine ammoniakalische Harngährung eingeleitet ist (kohlensaure Alkalien bei innerer Darreichung, oder bei Verletzung des Bodens des 4. Ventrikels). — **Th. Kölliker** (Würzburg).

Brettauer. Resoconto sanitario dell' Ospitale Civico di Trieste per l'anno 1876.

Triest, **Jul. Dase**, 1878. 468 S.

Dieser von B. mit gewohnter Gewissenhaftigkeit und Sachkenntniss redigirte 4. Jahresbericht ist in seinem allgemeinen Theil um

verschiedene statistische Daten bereichert. Wir erwähnen nur die im Laufe des Jahres vorgekommenen Narkosen, an Zahl 168; von diesen entfallen auf die 4. (chirurgische) Abtheilung des Dr. Menzel 133, bei denen nicht wie bei den übrigen blos Chloroform, sondern das in der Billroth'schen Klinik übliche Gemisch gebraucht wurde (Chloroform 3, Aether 2, Alkohol 1 Theil). Todesfälle kamen dabei nicht vor.

Im speciellen Theile nimmt der von Dr. Menzel verfasste Bericht über die im Triennium 1874, 75 und 76 auf seiner Abtheilung behandelten 3417 Patienten (mit 3607 Protokollnummern) das grösste Interesse in Anspruch. Er bildet die Fortsetzung zu dem im Jahresberichte für 1874 enthaltenen Specialbericht über die Jahre 1872/73. Die Mortalität war in den 3 Jahren: 1874: 10,00 — 1875: 10,31 — 1876: 7,73%. Diese Herabsetzung der Mortalität ist auf Rechnung der Lister'schen Methode zu setzen, die im Jahre 1876 eingeführt wurde. Leider reichte der Credit von 1000 fl. bei weitem nicht aus, um alle Patienten nach dieser Methode zu behandeln; in Folge davon ist die Verminderung der Pyämie- und Erysipelfälle keine hervorstechende. Es fallen auf die drei Jahre 14, 10 und 9 Fälle von Pyämie, im Ganzen 33, davon einer geheilt. — Erysipelfälle waren: 23, 26, 23, Summa 72, davon 16 von aussen hereingekommmen, 56 im Haus entstanden. Davon starben 13 Fälle.

Auf den beinahe 200 Seiten umfassenden speciellen Theil einzugehen, würde zu weit führen; doch mögen einzelne ausführlicher berichtete Fälle kurz erwähnt sein. — 1) Der erwähnte Fall von geheilter Pyämie betraf einen Steinhauer mit Quetschwunden am Schädel. — Nekrose eines Stückes der Stirnknochen, — metastatischer Abscess an der Scapula, — metastatische Lungenentzündung, Pyothorax, Spontaneröffnung (2 Monate nach der Verletzung), Abscess am linken Ellbogengelenk. Heilung nach 8 Monaten. — 2) Ein maligner Furunkel der Oberlippe mit raschem tödtlichen Verlauf entstand auf einem kleinen Naevus pigmentosus, dessen Haare die Pat. auszurupfen pflegte. 3) Einem 61jährigen Manne wurde mittels der galvanokaust. Schlinge ein Epitheliom des vorderen Theiles der Zunge entfernt, das aus einer seit 24 Jahren bestehenden Callosität (unbekannten Ursprungs) entstanden war. Ulceration seit 1 Jahr. Bisher durch 3 Jahre keine Recidive. 4) 10jähriger Knabe mit Contractur des Halses durch eine Brandnarbe; das Kinn eng an der Brust adhärirend. Nach querer Durchtrennung der Narbe werden zwei breite Lappen transplantirt, der eine von der rechten vordern Thoraxwand, der andere von der linken Nackengegend her. Die Ränder dieses letzteren Lappens wurden nekrotisch, das Resultat war unvollständig. In Ermangelung anderer Haut wird dieser letztere Lappen zur abermaligen Transplantation mit völliger Ablösung von seiner ursprünglichen Basis bestimmt, durch Unterschieben einer Bleiplatte und folgende elastische Ligatur der Basis an die Ernährung von der Spitze her gewöhnt, und schliesslich mit abermaliger Drehung um die neue Basis implantirt. Das Experiment

gelang; die Besserung war eine wesentliche, indem der Knabe den Kopf aufrecht trägt und seitlich frei bewegt. 5) Eine Blutcyste der rechten Halsseite bei einem 36jährigen Manne, von Kindskopfgrösse wurde in Folge des Befundes bei einer Punction mit Wahrscheinlichkeit als erweichtes malignes Lymphom diagnosticirt. Bei der Exstirpation riss der sehr adhärente Sack ein; Blutung, umschlungene Naht; eine Entleerung des Sackes mittelst des Troikart hat neue Füllung zur Folge. Tod nach 8 Tagen an Septikämie; bei der Section fand sich keine Communication mit den grossen Arterien und Venen des Kopfes und Armes. — 6) Echinococcus der Mamma. Sitz hinter der Drüse, die dem mannskopfgrossen Sack aufsitzt. Punction ergiebt nichts besonderes; bei der Incision entleeren sich Echinococcusblasen. Heilung. 7) Incarcerirte Inguinalhernie. Taxis, neue Einklemmung durch einen Strang im Inguinalcanal, um den die Darmschlinge sich herumschlang, sodass mit Ausschluss einer Massentaxis die richtige Diagnose erst bei der Section gemacht werden konnte, als man die Schlinge innerhalb der Peritonealhöhle, aber um jenen Strang gewunden, fand. 8) Ueber 5 geheilte und 1 gebesserte, nach Simon operirte Blasenscheidenfisteln ist etwas eingehender berichtet, ebenso über 5 Ovariotomien. 9) Gangrän des Unterschenkels nach Rachendiphtheritis. Ein 23jähriges Mädchen bekam 20 Tage nach Ablauf einer intensiven, 2 Monate dauernden Diphtheritis des Rachens plötzlich einen asthmatischen Anfall, mit filiformem, frequentem Puls, Cyanose und Kälte der Extremitäten; sie erholte sich, aber nach 3 Tagen begannen in den Beinen, besonders im linken, Symptome, die zu Gangrän dieses letztern führten. Amputation, Tod durch Pyämie nach 18 Tagen. 10) Complicirte Fracturen beider Knochen des Unterschenkels, im Ganzen 16. Geheilt ohne Amputation 7, mit Amputation (des Unterschenkels) 2; gestorben: nicht amputirt 6 (Pyämie und Septikämie 2, Pneumonie 1, Lungengangrän 1, Erschöpfung 2); amputirt am Oberschenkel 1 (Pyämie). Summe aller Fracturen 357.

Unter den Operationen sind 32 Amputationen notirt und zwar 1) wegen Trauma: secundäre: 1 des Oberarms († Pyämie), 8 des Unterschenkels (2 † Pyämie), 4 des Femur († 2 Pyämie, 1 Marasmus). 2) Wegen chronischen Entzündungen: Vorderarm 2 († 1 Tuberc.), Humerus 3 († 1 Pyämie, 1 Marasmus), Unterschenkel 8 († 2 Tuberc., 1 Pyämie.), Oberschenkel 4 († 1 Pyämie). 3) Eine Amputation des Oberarmes und Unterschenkels wegen Caries, geheilt. Exarticulationen 4, Resectionen 8.

In ambulatorischer Behandlung waren im Ganzen 6305 Individuen und zwar 1874: 574; 1875: 2290; 1876: 3441. Bemerkenswerth ist die mit Abbildung begleitete Geschichte eines Falles von Elephantiasis, der wohl einzig in seiner Art ist wegen des Umfangs und wegen der grotesken Form der degenerirten Haut des Halses und der Schulter.

Escher (Triest).

Wernher. Cysten über der grossen Fontanelle, aus abgeschnürten Meningo-Encephalocelen entstanden.

(Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. VIII. p. 507.)

Ein Mädchen von 16 Jahren hatte am Schädel an der Stelle, welche der grossen Fontanelle entspricht, eine angeborene Geschwulst, von der Grösse der Hälfte eines kleinen Apfels, welche dem Schädel mit breiter Basis unverschiebbar aufsass, deutlich fluctuirte, sich durch Druck nicht verkleinern liess, nicht pulsirte und von der normalen Kopfschwarte bedeckt war.

Die Punction ergab klares Serum, doch entleerte sich die Geschwulst nicht ganz. Es wurde später incidirt und eine weisse Masse von salbenartiger Consistenz entleert, ein fetter Brei, der einige kleine, den Hirnzellen ähnliche Zellen enthielt. In der Mitte der Knochenmulde, in welcher die Geschwulst sass, befand sich ein schmaler Spalt, welcher die ganze Dicke des Knochens durchsetzte, aber durch eine Membran geschlossen war. Es erfolgte Heilung durch Eiterung ohne üble Zufälle. —

Verf. stellt sich die Entstehung solcher Geschwülste in folgender Weise vor: eine Meningo-Encephalocele wird allmälig durch Verengung der Lücke im Schädel abgeschnürt, das Gehirn wird in Folge von mangelhafter Ernährung breiig erweicht und es entsteht so eine biloculäre Cyste, deren oberflächlicher Theil Arachnoidealflüssigkeit, deren darunter liegender Theil erweichte Hirnmasse enthält. Ganz analoge Bildungen wurden bisher nur in geringer Anzahl und stets an derselben Stelle beobachtet. Verf. führt zwei ganz gleiche Fälle von Textor und Bruns an und einen ähnlichen von Held, in welchem die Communication mit der Schädelhöhle noch bestand. Verf. führt zur Stütze seiner Ansicht noch einige Fälle an, in welchen aus Meningocelen durch Abschnürung geschlossene seröse Cysten wurden.

Gersuny (Wien).

E. Schwimmer. Die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle, Leucoplakia buccalis.

(Vierteljahrsschrift für Dermatol. und Syphilis 1877. Hft. 4 und 1878. Hft. 1.)

In einer auf die genannten zwei Hefte der Vierteljahrsschrift für Dermat. und Syph. vertheilten, sehr lesenswerthen Arbeit, handelt S. über gewisse, im Allgemeinen bekannte, aber von den Autoren verschieden benannte und gedeutete, bläulich- oder grau- bis silberweisse, scharf begrenzte Flecke der Zunge, streifenförmige Auflagerungen der Wangenschleimhaut, und ausgebreitete, die Schleimhaut der genannten Theile in grosser Ausdehnung verändernde Verfärbungen, Verdickungen und Verhornungen am Lippenroth. Statt der bei den Autoren vorfindlichen Bezeichnungen Psoriasis oder Ichthyosis mucosae oris schlägt S. den Namen Leucoplakia buccalis vor. (Auf der Schleimhaut der weiblichen Genitalien finden sich die Bildungen nur selten.)

Das Wichtigste in der Darstellung S.'s liegt nun darin, dass er die genannten Schleimhautveränderungen als idiopathische ansieht, welche, abgesehen davon, dass sie weder mit Psoriasis vulg. der allgemeinen Decke, noch mit Ichthyosis etwas gemein hätten, auch mit den von den Autoren als Plaques opalines, oder von Kaposi als Psoriasis et Keratosis mucosae oris et linguae (s. dessen Monographie: die Syphilis der Schleimhaut etc. Erlangen, 1866) beschriebenen Schleimhaut-Verfärbungen und Auflagerungen, welche von Syphilis herrühren, nicht identisch wären, trotzdem sie eben mit den letzteren die grösste Aehnlichkeit haben.

In einem Abschnitte »geschichtliche Bemerkungen« führt Verf. die älteren so wie jene neueren auf, welche mit nicht syphilitischen Hautkrankheiten coincidirende derartige Schleimhautplaques beschrieben haben. In einem zweiten Abschnitte folgen die Autoren, welche solche mit Syphilis in Beziehung gebracht haben; in einem dritten Autoren, welche von der Affection als einer idiopathischen gehandelt haben.

In Bezug auf die Häufigkeit des Vorkommens führt Verf. aus, dass die Leucoplakia viel seltener sei als die Plaques nach Syphilis und dass der Localisation nach alle auf der unteren Zungenfläche und hinter den Papillae vallatae vorfindlichen, nicht hierher gehörten.

Es folgen 20 ausführliche Krankengeschichten von Leucoplakia mit sehr interessanten Details, hierauf Symptomatologie, Entwicklung und Verlauf, Ausgang, Aetiologie, Diagnose, histologische Untersuchung und therapeutische Angaben, bezüglich deren reichen und interessanten Details auf's Original verwiesen werden muss.

Die Schilderung, welche Verf. von der Entwicklung, dem Aussehen (4 colorirte Tafeln) und Verlaufe der begleitenden subjectiven und objectiven Erscheinungen, der zeitweiligen Umwandlung zu Carcinom giebt, stimmen, wie S. selber an mehreren Stellen betont, so sehr mit den von Kaposi in seiner oben citirten Monographie und in seinem illustrirten Werke über Syphilis gegebenen Angaben von den syphilitischen Plaques überein, dass eine Unterscheidung der idiopathischen Leucoplakia von den letzteren, auch nach Durchlesung der Diagnostik von S. nur schwer einleuchtet. Auch die im Verein mit Babesiu eruirten histologischen Befunde fördern diesen Unterschied nicht, da Kaposi, ebenso wie vor zwei Jahren Nedopil, den Process ebenfalls als einen eminent chronisch entzündlichen hinstellt, der Anfangs zu circumscripten Epithelialtrübungen später Epithelialverdickungen und endlich auch zu Verschrumpfung der Schleimhaut führt. Dass antisyphilitische Behandlungen absolut nichts gegen diese Plaques fruchten, ist kein Beweis dafür, dass diese nicht von Syphilis herrühren. S. führt selber unter den aetiologischen Momenten ausdrücklich an, dass er die Syphilis nicht als das alleinige Moment für das Entstehen derselben anerkenne. Und Kaposi hat schon im Jahre 1866, nachdrücklich betont, dass jene Plaques nicht die Bedeutung von eigentlichen Syphilisproductionen, wie Papeln

oder Gumma haben und daher auch absolut von antisyphilitischer Behandlung nicht tangirt werden.

Ausser Syphilis führt S. chronischen Gastricismus und Einwirkung des Tabakrauchens als aetiologische Momente der Leucoplakia an.

Unter den angeführten 20 Krankheitsfällen waren 14 ohne Syphilis, 4 Mal bestand Syphilis unabhängig von Leukoplakia (vorausgegangen, oder spät nachgefolgt) und 2 Mal konnte nichts Genaues in der Richtung ermittelt werden.

In Bezug auf Therapie empfieht S. bei Gastricismen eine zunächst gegen letztere gerichtete innere und diätetische Kur, örtlich Natron carb. 10 auf 300 Aqu. mit Tinct. laud., auch alkalische Mineralwässer, und perhorrescirt das Aetzen mit Lapis oder Jodtinctur.

(Der Verf. erweist mir die Ehre meine Publicationen über diesen Gegenstand sehr eingehend zu berücksichtigen. Hierbei findet sich zwar vorwiegend nur Zustimmung, in manchen Punkten jedoch theils eine Abweichung, theils offenbares Missverständniss. Auf diese einzugehen muss ich mir hier versagen und hoffe ich bei einer anderen Gelegenheit zurückkommen zu können. Hier will ich nur als wichtig bemerken:

1) Ich halte keineswegs alle grauen Plaques der Mundschleimhaut als von Syphilis herrührend, und stimme mit S. überein, dass solche bei Gastricismen, Tabakrauchern aber auch in Folge von Druck von Seite von Zahnstümpfen, Denturen, ferner bei anämischen, chlorotischen Kindern und Frauen, so wie unter mir nicht weiter klaren Verhältnissen, vorkommen, wie denn auch Seegen bei Diabetikern solche vielfach beobachtet hat und endlich als Begleiter und Vorläufer von Zungen- Wangen- und Lippencarcinom, Lupus und Lepra der Mundschleimhaut.

2) Dass in den sehr zahlreichen Fällen meiner Beobachtung ich nicht ein einziges Mal die vorausgegangene Syphilis negirt oder die begleitende vermisst gefunden habe, wenn die Plaques vermöge ihres prononcirten Charakters mich zur Diagnose Psoriasis mucosae in Folge von Syphilis veranlasst hatten.

3) Da die genannten verschiedenen Formen allerdings mit einander verwechselt werden können, so ist es wichtig zu betonen, dass praktisch die verschiedene Provenienz insofern ohne Belang ist, als wie ich dies von jeher betont habe, auch die nach Syphilis aufgetretenen und älteren Plaques kein actuelles Syphilisproduct darstellen und weder einer antisyphilitischen Behandlung weichen, noch einer solchen bedürfen, sondern nur örtlich behandelt werden müssen.

4) Dass ich, entgegen Nedopil's und Schwimmer's Warnung, die Aetzungen mittels Lapis als das wirksamste Mittel zur Besserung und Behebung dieser Plaques, der syphilitischen, wie der idiopathischen, durchwegs erprobt habe. Ref.)

Kaposi (Wien).

H. Klemm. Die Syphilis des Kehldeckels. Gänzlicher oder theilweiser Verlust desselben.

(Archiv der Heilkunde XIX. Jahrg. Hft. 1.)

Syphilitische Erscheinungen am Kehldeckel kommen nicht so selten vor, als man im Allgemeinen angenommen hat. Der Grund ist darin zu suchen, dass diese Erkrankungen meist nur wenig belästigende Symptome, welche oft auf gleichzeitig bestehenden Rachenkatarrh bezogen werden, zur Folge haben. Man kommt daher gewöhnlich erst spät dazu, mit dem Kehlkopfspiegel die richtige Diagnose stellen zu können, und hat seltener Gelegenheit, die Anfangsstadien der Erkrankung zu beobachten. In diesen sieht man die Epiglottis geröthet, geschwellt und an den Rändern mit kleinen Geschwüren besetzt, deren Begrenzung scharf geschnitten erscheint und deren Boden einen schmutzigen Belag hat. Schon diese Anfangsformen leisten der Behandlung oft viel Widerstand.

Die schwereren Formen anlangend, so kann man zwei Kategorien unterscheiden: erstens die hypertrophische oder chron. entzündliche Form, durch welche der Kehldeckel (oder ein Theil desselben) in einen dicken, starren Wulst verwandelt wird (Abbildung), und welche zuweilen mit acuten nicht syphilitischen Processen verwechselt werden kann; zweitens: die ulcerative Form. Diese ist häufiger; hier finden sich tiefe Geschwüre an der Epiglottis mit dicken wulstigen Rändern umgeben. Sie zerfressen, meist am Rande beginnend, in unregelmässiger Weise den Knorpel und können zur Consumption der ganzen Epiglottis führen. Der Process dauert jahrelang, kann auf den Eingang des Kehlkopfes übergehen und zur Stenose desselben führen; gerade hier findet man aber oft nur Infiltration und Schwellung ohne Geschwürsbildung, was für die Unterscheidung von tuberkulösen Processen von Wichtigkeit ist.

Im Laufe der Zeit bilden sich dann bei der Syphilis gradezu charakteristische Schrumpfungen und Contracturen an der Epiglottis.

Von den Symptomen ist das bemerkenswertheste der Schmerz beim Schlucken; dieser ist aber gering, namentlich auch beim Touchiren, oder anderer localer Behandlung, während gerade tuberkulöse Geschwüre grosse Empfindlichkeit zeigen. — Was die Zeit des Auftretens anlangt, so tritt die Syphilis der Epiglottis meist erst mehrere Jahre nach stattgehabter Infection auf; sie scheint bei Weibern häufiger vorzukommen, als bei Männern. Hervorzuheben ist noch, dass die Kranken, selbst bei vollständigem Verlust der Epiglottis, gewöhnlich ganz ohne Beschwerden schlucken können, und keine besondere Reizbarkeit des Kehlkopfes haben. In Bezug auf die differentielle Diagnostik ist anzuführen, dass zur Unterscheidung dieser Erkrankung von Carcinom und Tuberkulose die begleitenden Erscheinungen vorzugsweise massgebend sind, da die Untersuchung des Kehldeckels allein oft nicht genügende und nicht ganz sichere Unterscheidungsmerkmale bietet.

Die Behandlung muss eine locale und allgemeine sein; sie ist recht langwierig. Es folgen sieben Krankheitsgeschichten.

E. Bidder (Mannheim).

De Saint-Germain. De la trachéotomie.

(Bulletins de la Société de Chirurgie Tome III. No. 5. — Séance du 9. Mai.)

S.-G., ein Anhänger der Operationsmethode mit einem Schnitt (en un seul temps), von der er in 96 Fällen mit Ausnahme von 3 Blutungen nur gute Resultate beobachtet hatte, berichtet über einen Misserfolg, den er bei einem 4jährigen Knaben mit dickem, kurzen Halse erlebte. Ohne genau, wie er sonst zu thun pflegte, an der Messerklinge $1^1/_2$ cm abzumessen, wie tief er dieselbe hineinzusenken hatte, stiess er dasselbe durch die Weichtheile ein, indem er sich allein auf das Gefühl des überwundenen Widerstandes der Trachealknorpel beim Durchschneiden verliess und trennte nach abwärts schneidend 2—3 Ringe. Sofort strömte die Luft zischend durch die Wunde ein. Als aber der Dilatator eingeführt wurde, bekam Pat. keine Luft; noch grössere Schwierigkeiten bot das Einführen der Kanüle, die stets die höchste Athemnoth bewirkte, obgleich sie, zumal als der Schnitt noch etwas nach unten verlängert war, vollkommen gut zu liegen schien. Nach längerem angstvollen Bemühen gelang es endlich, die Kanüle so zu legen, dass Pat. frei athmete. Derselbe starb 4 Tage nach der Operation an fortschreitender Diphtheritis. Bei der Section fand sich, dass bei der Operation ein weiter Einschnitt in die hintere Trachealwand gemacht war; unterhalb dessen war die Schleimhaut als weite Tasche, in welche die Kanüle stets hineingefahren war, abgelöst. Boeters (Berlin).

Dieulafoie. De la Thoracenthèse par aspiration dans la pleurésie aiguë.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 40, 41, 43, 45 und 46.)

D. giebt, gestützt auf 140 Beobachtungen des Erfolges der Thoracenthese, in 65 Fällen von acuter Pleuritis, seinen Anschauungen hierüber, ferner über die manuelle Ausführung der Operation und die Indicationen zur letzteren, kurz zusammengefasst, folgendermassen Ausdruck. — Nachdem D. dem Verdienste Trousseau's um die Einführung der Thoracenthese in die operative Heilkunst ein überschwängliches und den Thatsachen wenig entsprechendes Lob gezollt, hebt er hervor, dass bis zum Jahre 1869 die Methode der Thoraxpunction nach Reybard die meist geübte war; man reservirte die Operation jedoch nur für grössere Ergüsse, wie sie denn überhaupt nur ausnahmsweise zur Anwendung kam, geschweige denn in Fällen von acuter Pleuritis. Seit der Einführung seiner (Dieulafoie's) Methode habe die Häufigkeit der Thoracenthesen bedeutend zugenommen, wofür denn auch spreche, dass 33 Modificationen des Aspirationsapparates erfunden und empfohlen worden seien.

D. meint, dass die Einwürfe, welche gegen die Thoracenthese gewöhnlich gemacht zu werden pflegen, ihre Entstehung wesentlich dem Umstande verdanken, dass die Indicationen für diese Operation, welche Trousseau so vorsichtig und klug aufgestellt hatte, späterhin nicht mehr beachtet wurden. Man machte die Punction ohne Unterschied in allen Stadien der Pleuritis, sowohl während des Fiebers als in der Abnahmezeit desselben; man machte sie bei kleinen und grossen Ergüssen, und aspirirte oft in einer Sitzung bei 3 Liter und darüber Flüssigkeit, welch' letzteres geradezu gefährlich werden konnte. So erkläre sich, meint D., das Zustandekommen von Lungencongestion, Bluthusten etc. während oder nach der Operation; selbst Todesfälle seien so zu Stande gekommen und die einfache Pleuritis in eitrige verwandelt worden.

Hauptsächlich sei aber der Missbrauch der Thoracenthese aus der Anwendung der Aspiration hervorgegangen; auch der Unkenntniss der Manipulation mit dem dabei verwendeten Instrumenten-Apparate sei mancher üble Zufall zuzuschreiben.

D. bespricht nun eingehend die Indicationen für die Thoracenthese, welche wir hier in den wesentlichsten Punkten wiedergeben;

Im Falle einer Pleuritis mit acutem Erguss kann die Thoracenthese entweder dringend indicirt oder discutabel sein. Die Dringlichkeit der Punction beruht nur auf der Quantität des Exsudates, d. h. wenn die Flüssigkeit bei einem wohlausgebildeten Erwachsenen 1800—2000 g beträgt.

In allen anderen Fällen soll die Beendigung der febrilen Periode abgewartet werden, und die Aspiration soll dann nur gemacht werden, wenn die Resorption des Exsudates, spontan oder durch Medicamente, nur langsam oder schwierig vor sich zu gehen scheint.

Als Anhaltspunkte für das wahrscheinliche Vorhandensein eines Ergusses von 1800—2000 g giebt D. folgende Daten: Wenn der matte Schall hinten bis zur Spina scapulae steigt, wenn auch in der Reg. clavic. ein gedämpfter Schall wahrnehmbar, und wenn bei einer linksseitigen Pleuritis die Herzspitze an der rechten Seite des Sternums pulsirt. Dieser Befund gebe dann stets eine formelle Indication zur Punction. In allen anderen Fällen sei letztere discutirbar.

D. erörtert sodann die verschiedenen üblen Zufälle, welche als Folgezustände der Thoracenthese angeführt zu werden pflegen. Diese üblen Zufälle lassen sich, meint D., in 3 Kategorien theilen. Die angebliche Umwandlung des serösen Exsudates in eitriges sei gar nicht der Thoracenthese zuzuschreiben, sondern es handle sich in solchen Fällen eben nur um den natürlichen Entwickelungsgang der genuinen Pleuritis, wobei es unvermeidlich geschehen müsse, dass, wenn die erste Punction in ein frühes Stadium derselben fällt, das Exsudat noch serös angetroffen werde, während sich bei den später gemachten Punctionen ein eitriges Exsudat vorfinde. Die Thoracenthese selbst habe dabei keinen Einfluss. — Die Zufälle der zweiten Kategorie, d. h. Synkope, Asphyxie, Hemiplegie, welche auf Rech-

nung von Blutgerinnseln im Herzen und in den Pulmonalgefässen zu setzen sind, oder durch Gangraena pleuro-pulmon. oder in Folge des Allgemeinbefindens des Pat. entstanden sind, seien gleichfalls nicht der Thoracenthese zuzuschreiben, da man besagte Zufälle im Verlaufe von Pleuritiden sowohl vor als auch nach der Thoracenthese zu beobachten Gelegenheit habe.

Die Zufälle der ersten Kategorie, nämlich: acutes Lungenödem, Lungencongestion mit oder ohne albuminöse Expectoration, dies seien die einzigen, welche wirklich direct der Thoracenthese zuzuschreiben seien. Doch seien gerade diese Zufälle leicht zu vermeiden; denn es zeige sich bei genauerer Beobachtung, dass dieselben stets Hand in Hand gehen mit zu massenhaften Exsudatsentleerungen in einer Sitzung, oder durch Complicationen der Pleuritis bedingt sind. Man müsse sich daher bezüglich der in einer Sitzung zu entleerenden Flüssigkeitsmenge genau an die unten angegebenen Daten halten, und müssten die Entleerungen überdies den etwaigen Complicationen der Pleuritis proportionell vorgenommen werden.

Den operativen Theil der Thoracenthese anlangend, heben wir aus den Erörterungen D.'s nur hervor, dass die Punction mit Nadel No. 2 gemacht werden und die Menge der in einer Sitzung entleerten Flüssigkeit niemals 1000 g überschreiten soll. (Das nähere Detail s. im Originalaufsatze.) **Fr. Steiner** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

H. Marsh. Severe haemorrhage following operation for cleft palate; stopped by plugging the posterior palatine canal.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 115. — Clinic. soc.)

Der Fall betraf einen 23jährigen Mann, der wegen einer Spalte im weichen und im hinteren Theile des harten Gaumen operirt worden war. Die seitlichen Entspannungsschnitte verliefen auf $^3/_4''$ Länge. Drei Stunden nach der Operation erfolgte die erste leicht stillbare Nachblutung aus der linken Nasenöffnung; am 4. Tage eine ausserordentlich heftige Blutung, welche M. nach Willet's Vorgange dadurch stillte, dass er ein Holzpflöckchen in den hinteren Gaumencanal einbrachte; dasselbe schlüpfte nach 2 Tagen heraus und sogleich erfolgte neue Nachblutung. Einlegen des kleinen Pflockes sistirte die Blutung von Neuem. Fünf Tage später, da der kleine Obturator 1 Tag entfernt worden war, erfolgte von Neuem eine fast tödtliche Blutung. Durch Verschluss des Gaumencanals sistirte sogleich die Blutung, welche von jetzt ab nicht wieder eintrat. Die Heilung der Operationswunde war nicht verzögert worden. **Pilz** (Stettin).

Tillaux. Névralgie sous-orbitaire rebelle; résection du nerf sous-orbitaire à son entrée dans le canal de ce nom. Guérison.

(Bulletins de la Société de Chirurgie Tome III. No. 6. Séance du 13 juin.)

Pat., 31 Jahr alt, leidet seit ihrem 20. Jahre durch Wurzelperiostitis des ersten Backzahns des linken Oberkiefers an heftigen Schmerzen, Anschwellung der linken Backe mit stinkendem eitrigen Ausflusse aus der Nase, besonders wenn sie den Kopf beugt. Nach Extraction des Zahnes, Anbohrung und Drainage der Kieferhöhle durch die Alveole mit nachfolgenden Ausspülungen trat Besserung ein. Nach

9 Jahren neuer Schmerzanfall, neue Anschwellung und vermehrter Ausfluss. Oberhalb des 2. Bikuspis wird eine Oeffnung in die Kieferhöhle angelegt, drainirt und Ausspülungen derselben mit Jodtinctur, Villate'scher Lösung vorgenommen; nach kurzer Zeit muss die Oeffnung durch Extraction des 2. Bikuspis vergrössert werden. Ausspülungen mit lauem Wasser. Bald darauf stockt der Ausfluss durch die Nase ganz; unter grossen Schmerzen entstanden in der Höhle nach einander 2 Abscesse, nach deren Eröffnung durch den Drain jedesmal eine Besserung eintrat, die mit Schwankungen ein Jahr anhielt. Dann von Neuem intermittirende Schmerzen, gegen die Kauterisationen der Höhle mit Arg. nitr., Acid. chromicum, endlich Ferrum candens mit geringem Erfolge angewandt wurden. Morphium wirkte subcutan am besten. Stets blieb ein äusserst stinkender Ausfluss bestehen.

T. beschloss die Resection des Infraorbitalnerven, entblösste denselben am Austritte aus dem Foramen infraorbitale, nahm ihn an eine Schlinge, eröffnete dann den Infraorbitalcanal, indem er den Bulbus nach oben abhob, isolirte den Nerven und resecirte ein Stück von ihm. Dann öffnete er die vordere Wand der Kieferhöhle und entfernte von der oberen Wand derselben mehrere knöcherne Neubildungen.

Die Schmerzen schwanden nach der Operation dauernd. Am Nerv war keine Abnormität zu finden. **Boeters** (Berlin).

Schütz. Carcinomatöse Stenose des Oesophagus; Durchbruch ulcerirter Bronchialdrüsen in den rechten Bronchus und die rechte Pulmonalarterie.

(Prager med. Wochenschrift 1878. No. 17.)

Bei einem in einem Anfalle von Hämoptoë zu Grunde gegangenen Manne fand sich bei der Section eine in der Nähe der Theilungsstelle der Trachea sitzende ringförmige Strictur, bedingt durch derbe Infiltration der Wandung in einer Längsausdehnung von 3 cm. Die Schleimhaut an der stricturirten Stelle war gewulstet, mit einzelnen zottigen Excrescenzen versehen, jedoch nirgends ulcerirt. Die mikroskopische Untersuchung der Infiltration ergab als Resultat ein alveoläres Plattenepithel-Carcinom. An der hinteren Wand des rechten Hauptbronchus fanden sich 2 Perforationsöffnungen, aus denen sich bei Druck eine jauchige bräunliche Flüssigkeit, sowie nekrotische Gewebsfetzen entleerten; die benachbarten Lymphdrüsen stark pigmentirt und ödematös. In der Wandung der rechten Lungenarterie befindet sich ein etwa 2 cm langer Längsriss, der mit der grösseren Perforationsöffnung des Bronchus durch einen eingeführten Katheter verbunden werden kann. In der Trachea viel schaumiges Blut; der rechte Bronchialbaum erscheint wie ausgegossen mit dunkelrothem Blute.

Verf. hält dafür, dass in diesem Falle ein jauchiger Zerfall von Lymphdrüsen mit nachfolgender Perforation des Bronchus und der Lungenarterie stattgefunden hat, der bedingt war durch Infection mit in einer vorhandenen Ausstülpung des Oesophagus haften gebliebenen, zersetzten Speiseresten.

Urlichs (Würsburg).

F. Pierantoni. Ferita da taglio penetrante nella cavita addominale etc.

(Il Morgagni 1877. Nov.)

Ein 18jähriges Mädchen erhielt eine Stichwunde ins linke Hypogastrium. Starker Darmvorfall, heftige Blutung aus der Bauchwunde, Verletzung des S. Romanum. Die Darmwunde wurde vernäht reponirt, dann die Bauchwunde geschlossen. Einige Tage darauf Meteorismus, Brechen etc., bis die Wunde wieder aufbrach und eine Menge Kothmassen sich daraus entleerten. — 26 Tage nach geschehener Verletzung war das Mädchen vollkommen geheilt. **Menzel** † (Triest).

L. Tait. An exceptionally difficult case of ovariotomy.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 462.)

Bei der 35jährigen Frau bestand der Tumor nachweislich 2 Jahre, in den 3 letzten Monaten waren bei stärkerem Wachsthume mehrfach peritonitische Reizungen

aufgetreten; bei der genauesten Untersuchung war nirgends Darmton zu hören. Ovariotomie; feste Verwachsungen mit der Leber, der Milz, der vorderen Magenwand, dem ganzen Netze, einigen Dünndarmschlingen, der linken Niere und den Bauchwandungen bis zum Beckenrande; einige grosse Gefässe waren zu unterbinden, Stiel 6″ breit; an seiner linken Seite eine in den Adhäsionen eingebettete starke V. spermat., deren Isolirung sehr mühsam war. Clamp, Verschluss der Bauchwunde nach sorgfältiger Reinigung; die Operation dauerte 2 Stunden. Anfangs tiefe Depression (Champagner), schnelle Erholung ohne Zwischenfall; die Klammer fiel am 10. Tage, Pat. stand am 15. Tage auf und verliess das Spital am 19. Tage. T. macht von Neuem darauf aufmerksam, dass wirkliche Ovarialtumoren nie uniloculär sind, uniloculäre lediglich dem Parovarium angehören. —

Pilz (Stettin).

A. Poncet. Myome utérin; péritonite suraigue après un simple toucher vaginal; mort.

(Gaz. méd. de Paris 1878. No. 11.)

In der von P. mitgetheilten Beobachtung wurde eine 38jährige, an einem voluminösen Uterusmyom leidende Frau wenige Stunden nach einer einfachen Vaginalexploration von einer acuten Peritonitis befallen, der die Kranke nach 48-stündiger Krankheitsdauer erlag. Pat. hatte alle Symptome der Peritonitis dargeboten; wie aufgetriebenen Leib, heftigen Schmerz bei dem leisesten Druck, fortwährendes Erbrechen etc; trotzdem fand sich bei der Section kein Zeichen von Peritonitis, mit Ausnahme von 4—500 g sero-sanguinolenter Flüssigkeit im kleinen Becken. Verf. bezeichnet die Peritonitis als septische. —

Th. Kölliker (Würzburg).

Teevan. Stone in the bladder. St. Peters-Hospital.

(Medical times and gazette 1877. Sept. 22.)

Der erste Fall betrifft einen 61jährigen Sattler, der seit etwa einem halben Jahre an Steinbeschwerden litt. Die Untersuchung der Harnröhre ergab eine klappenförmige Falte, zwei Zoll vom Orificium externum entfernt, die nur eine geknöpfte Bougie, aber keinen Lithotriptor in die Blase einzuführen gestattete. Diese Klappe wurde von vorn nach hinten zu durchschnitten, acht Tage später Lithotripsie, nach sieben Tagen wiederholt. Fünf Tage später geheilt entlassen. Verf. hält die Complication mit der klappenförmigen Strictur für sehr selten.

Der zweite Fall betrifft einen dreizehnjährigen, seit drei Jahren an Harnbeschwerden leidenden Knaben, dem durch den Seitensteinschnitt ein Phosphatstein von zwei Drachmen Gewicht entfernt wurde. 14 Tage später ohne Incontinenz mit geschlossener Wunde entlassen. **H. Wildt** (Berlin).

Guyon. Calcul de la vessie chez une femme de 59 ans; taille vésico-vaginale. Guérison.

(Bullet. de la Société de Chir. Tome III. No. 2. — Séance du 6 juin.)

G. berichtet über eine Steinoperation bei einer Frau von 59 Jahren, der er durch eine 4—5 cm lange Incision der Blasenscheidenwand den etwa 4 cm grossen Stein entfernte. Die Wunde durch 10 Drahtsuturen geschlossen, war am 10. Tage verheilt; die Nähte wurden entfernt. Auf Grund dieses glücklichen Resultates empfiehlt G. der Gesellschaft diesen Weg der Operation.

In der Discussion sprechen Panas, Verneuil gegen die Methode, da die Verletzung des venösen Plexus zwischen Blase und Scheide bei der nicht zu vermeidenden Harninfiltration zu leicht zu Phlebitis und Pyämie führe.

Boeters (Berlin).

R. Parker. Case of large prostatic calculus, with natural perforation for the urine; removed by recto-urethral lithotomy after extraction of a urethral calculus.

(Brit med. Journ. 1878. Vol. I. p. 85.)

Der 54jährige Mann litt nachweislich 5 Jahre an Steinerkrankung. In der Narkose wurde ein rauher 3kantiger Urethralstein von $^3/_4$″ Länge und $^1/_2$″ Breite

aus einem mit Granulationen ausgefüllten Sinus der Harnröhre und des Corp. cavern. urethrae entfernt; die Sonde stiess in der Pars. prost. auf einen 2. Stein, der nach der Rectaluntersuchung hart der Rectalschleimhaut anlag. Steinschnitt vom Rectum aus, mühsame Entfernung des die Form der vergrösserten Prostata wiedergebenden harten Steines. Derselbe wog $1^5/_8$ Unzen, war $1^7/_8''$ lang, $1^1/_2''$ breit und war durchbohrt von einer canalartigen Furche in einer Länge von $^1/_2''$. Bald nach der Operation Frostanfall. Orchitis. Pat. hat volle Gewalt über den Stuhlgang und die Urinentleerung. Beide sparsam. In der Regel geht der Urin durch Harnröhre und Rectalwunde gleichzeitig ab, die bei der Abfassung des Berichtes noch nicht ganz geschlossen war. **Pils** (Stettin).

Kleinwächter. Pemphigus vaginae.

(Prager med. Wochenschrift 1878. No. 6.)

Die Pat. bot folgendes Krankheitsbild. Seit drei Jahren leidet dieselbe an Pemphigus, vornehmlich der Unterschenkel, und trotzt das Leiden jeder Medication; eine syphilitische Affection ist ausgeschlossen. Die Schleimhaut der Scheide ist an zahlreichen kleinen Stellen ihres Epithels entkleidet, und blutet bei Berührung leicht. An manchen dieser Stellen befindet sich ein dünner, häutiger Beleg, der hier und da strangförmig zusammengerollt ist; die intacten Partien der Mucosa sind geröthet und secerniren katarrhalisches Secret. Besonders ist das obere Drittel der Vagina ergriffen, und oberhalb des Muttermundes, denselben halbkreisförmig umsäumend, sitzen auf der Vaginalportion 6—8 bis stecknadelkopfgrosse Bläschen mit scheinbar klarem Inhalte. Es wurden adstringirende Injectionen verordnet, doch entzog sich die Pat., der die Affection der Genitalien keine Beschwerden verursachte, der weiteren Behandlung. **Urlichs** (Würzburg).

W. S. Savory. Case of aneurism of the dorsal artery of the foot.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 75.)

Ein 29jähriger Arbeiter wurde wegen einfachen Beinbruchs aufgenommen; bei der Untersuchung bemerkte man über dem Os. cuneif. I auf dem Fussrücken eine pulsirende Schwellung; Druck auf Tibial. ant. liess die Pulsation verschwinden und den Sack zusammenfallen. Da keine anderweitige Atheromatose nachweisbar war, so wurde, nachdem die Compression der Tibialis und des Sackes durch mehrere Stunden mehrfach erfolglos ausgeübt worden, $1^1/_2''$ über dem Aneurysma die gesunde Art. dors. ped. mit Seidenfaden unterbunden; die sofort erloschene Pulsation kehrte schon nach 2—3 Minuten zurück; Einwicklung des Fusses. Am folgenden Tage war der Puls und in einigen Tagen das ganze Aneurysma geschwunden. Verf. konnte nur einen zweiten Fall (Adams) von Aneur. art. dors. ped. auffinden; er glaubt, dass die Pulsation im Aneurysma nach der Ligatur durch das periphere Ende der Art. zugeleitet sei, weil Compression desselben die Pulsation gänzlich aufhob, er würde deshalb bei Bestehenbleiben der Pulsation die periphere Ligatur angelegt haben. Er vermied es in diesem Falle, da die Abwesenheit der Atheromatose die Ligatur gestattete, Injectionen ins Aneurysma anzuwenden, ebenso die Ligatur der Tibialis zu machen, weil zwischen dem Aneurysma und der entfernt gelegenen Unterbindungsstelle leicht Seitenäste abgehen konnten, die durch Collateralbahnen das Aneurysma wieder gefüllt hätten. Die Acupressur konnte in diesem Falle keinen besonderen Vortheil gewähren. — Das Aneurysma war wahrscheinlich traumatisch durch Druck entstanden. **Pils** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 24. **Sonnabend, den 15. Juni.** **1878.**

C. v. Nägeli. Die niederen Pilze in ihren Beziehungen zu den Infectionskrankheiten und der Gesundheitspflege.

München, **R. Oldenbourg**, 1877.

v. N. macht uns mit den Ergebnissen langjähriger Arbeit auf dem Gebiete der »Pilzfrage« bekannt, er zeigt, welche der bisherigen Hypothesen nach seiner Ansicht mit den naturwissenschaftlichen Gesetzen und den sicheren Versuchen im Widerspruche stehen und daher aufgegeben werden müssen — welche Theorien dagegen vom physiologischen und chemisch-physikalischen Gesichtspunkte aus als möglich oder wahrscheinlich oder selbst als nothwendig an ihre Stelle zu treten haben. An das Gebiet der Infectionskrankheiten und der Gesundheitslehre, soweit dieselben mit den niederen Pilzen zusammenhängen, ist v. N. ausschliesslich vom naturwissenschaftlichen Standpunkte herangetreten; er hat es unterlassen, auf das pathologische Gebiet als ein ihm fremdes überzugreifen. Mit Recht überlässt er als Botaniker die Anwendung der physiologisch von ihm gewon-

nenen Thatsachen auf die pathologischen und medicinischen Disciplinen den Fachmännern.

Das vorliegende schöne und zeitgemässe Buch steht nach des Ref. Ansicht wohl einzig in seiner Art da: zum ersten Male führt uns ein Botaniker von Fach in allgemein verständlichen Zügen das grosse und wichtige Gebiet der niederen Pilze in einer solchen ausgedehnten, detaillirten Weise vor, schildert in der anregendsten Weise vom naturwissenschaftlichen Standpunkte die Bedeutung der Pilze nach den verschiedensten Richtungen hin. Ref. bekennt es mit Freuden, dass er lange kein Buch in den Händen gehabt, dessen reicher Inhalt ihn so angezogen, als wie das vorliegende Werk von v. N. Man wird nicht müde, sich immer und immer wieder mit der anziehenden Lectüre des Buches zu beschäftigen. In wie weit sich freilich aus den vom Verf. gewonnenen physiologischen Thatsachen Schlüsse für die Erledigung pathologisch-medicinischer Streitfragen ziehen lassen, bleibt wohl noch der zukünftigen Arbeit der medicinischen Fachmänner vorbehalten. Gerade das ausgezeichnete Buch von v. Nägeli scheint Ref. zu beweisen, wie viel noch auf dem Gebiete der Pilzfrage von medicinischer Seite gearbeitet werden muss, bevor es möglich ist, endgültige Resultate nach dieser oder jener bestimmten Richtung, für diese oder jene Krankheit etc. zu erhalten. Das vorliegende Buch wird uns Mediciner zu neuem anhaltendem Arbeiten auf dem Gebiete der Pilzfrage anregen, es wird sein gut Theil mitkämpfen zum Nutzen der Pilzfrage, aber es kann auch im Gegentheil nicht nachdrücklich genug davor gewarnt werden, nicht allzu rasch aus naturwissenschaftlichen Ergebnissen Schlüsse z. B. bezüglich der Aetiologie einer bestimmten Krankheit zu ziehen, so lange die Technik unserer Untersuchungsmethoden auf medicinischem Gebiet noch so mangelhaft ist, als sie es augenblicklich bezüglich der Untersuchung der »Pilzfrage« noch ist.

Aus der grossen Fülle des Inhaltes wollen wir kurz Folgendes hervorheben. In den ersten Capiteln schildert v. N. die niederen Pilze (Schimmelpilze, Sprosspilze, Spaltpilze) und die von ihnen bewirkten Zersetzungen, sodann ihre Lebensbedingungen. Darauf geht v. N. auf die gesundheitsschädlichen Wirkungen der niederen Pilze über. Nach Verf. können die Schimmelpilze nur an der Oberfläche des menschlichen Körpers und in Höhlungen desselben, wo die Luft Zutritt hat, sich ansiedeln und sind hier meistens ziemlich unschädlich. Bei ihrer verhältnissmässig trägen Vegetation und bei ihrem Unvermögen, ohne freien Sauerstoff zu leben, können sie nicht in die lebenden Gewebe eindringen und darin sich erhalten. Die Sprosspilze vermögen nur im Magen und Darmcanal kümmerlich zu leben und, wenn Zucker vorhanden ist, mässige Alkoholgährung zu veranlassen. In die Gewebe dringen sie nicht ein. Unter allen Pilzen sind blos die Spaltpilze im Inneren der Gewebe, wo sie auch wirklich vorkommen, lebensfähig und gefährlich. Die schädliche Wirkung der Spaltpilze innerhalb der Körpersubstanz besteht darin, dass sie

derselben die besten Nährstoffe und den Blutkörperchen den Sauerstoff entziehen, dass sie Zucker und die leichter zersetzbaren Verbindungen durch Gährwirkung zerstören, dass sie giftige Fäulnissproducte bilden und dass sie Fermente ausscheiden, welche auch die festeren und unlöslichen Stoffe in lösliche und zersetzbare Verbindungen umwandeln. Die Spaltpilze sind dem menschlichen Körper überall unschädlich, wo sie nicht in Concurrenz mit den Lebenskräften treten können, — so auf der unverletzten äusseren Haut, auf den unverletzten Schleimhäuten, im Verdauungstractus und in anderen grösseren Körperhöhlen (Harnblase). — Bezüglich der Infectionsstoffe ist v. N. der Ansicht, dass sie nicht Gase sein können, denn als solche müssten sie sich rasch bis zur absoluten Wirkungslosigkeit in der Luft vertheilen. Die Infectionsstoffe bewirken fast ausnahmslos schon in den allerwinzigsten Mengen Ansteckung. v. N. ist daher der Meinung, dass sie nicht chemische Verbindungen oder Gemenge von solchen sein können, sondern nur organisirte Körper und unter den bekannten letzteren Stoffen können nach Verf. einzig die Spaltpilze als Ansteckungsstoffe in Anspruch genommen werden; sie besitzen die für diese Function erforderliche Kleinheit und Verbreitbarkeit, sowie alle zur erfolgreichen Concurrenz mit den Lebenskräften des Organismus nöthigen Eigenschaften. — Verf. beschäftigt sich nun näher mit den Contagienpilzen. Es würde uns zu weit führen, ein Resumé der hier vorgebrachten Thatsachen und Hypothesen zu geben, Ref. will nur erwähnen, dass v. N. betont, dass bei der septischen Infection Fäulnisspilze sammt Fäulnissstoffen wirksam sind; einer dieser beiden Factoren könne auch allein Erkrankung verursachen, es bedarf dann aber einer grösseren Menge derselben und zwar scheinen die Fäulnisspilze, allein angewendet, weniger gefährlich zu sein, als die Fäulnissstoffe. — Der bisherigen monoblastischen Theorie der Krankheitsentstehung, nach welcher bei den miasmatisch-contagiösen Krankheiten (Cholera, Typhus, Gelbfieber) zur wirksamen Ansteckung zwei Momente zusammentreffen, und zwar das eine vom Kranken, das andere vom Boden herrührt, welche sich schon vor dem Eintritt in den Körper vereinigt haben — dieser Theorie setzt v. N. die diblastische gegenüber, nach welcher beide Momente unabhängig von einander in den Körper gelangen. Für die diblastische Theorie, welche das transportable Miasma der monoblastischen Theorie verwirft, lässt Verf. mehrere epidemiologische Erfahrungsthatsachen sprechen.

Von besonderem Interesse ist das Capitel über die »Verbreitung der Infectionsstoffe und Eintritt in den Körper«. v. N. betont, dass gewöhnlich die Infectionsstoffe auf trocknem Wege, von der Luft fortgetragen oder an Gegenständen haftend, sich verbreiten. Die Infectionsstoffe können aus der Flüssigkeit, aus der nassen Substanz, oder von der benetzten Oberfläche, wo sie sich gebildet haben, nicht durch Verdunstung, sondern in der Regel erst nach dem Eintrocknen in Staubform in die Luft gelangen. Die Spaltpilze vermögen durch

die unverletzte äussere oder innere Oberfläche des Körpers nicht einzudringen. Dass die Spaltpilze vom Verdauungstractus aus durch selbständige Action eindringen, ist nach v. N. auch aus dem Grunde undenkbar, weil sie im Magen und Darmcanal zuerst durch die freien Säuren, dann durch die Salze der Galle geschwächt und bewegungsunfähig gemacht werden. Dass sie vom Darmcanal aus passiv wie das Fett aufgenommen werden, ist nach v. N. ebenfalls nicht anzunehmen, weil feste Stoffe auch in der feinsten Vertheilung nicht übergehen und das Fett selbst nur dann, wenn es flüssig ist und die Poren durch die Galle wegsam gemacht sind, dies zu thun vermag. Wenn die Spaltpilze vom Darm aus, wo sie immer und oft in Menge vorkommen, aufgenommen würden, so müssten Blutvergiftungen sehr häufig sein. Nur in der Lunge vermögen wohl die Infectionspilze in die Blutcapillaren der Alveolen selbständig einzudringen, indem ihre kräftige Resorption und ihre lebhafte fortrückende und drehende Bewegung die dünne und weiche Wandung derselben überwindet. Am leichtesten werden die Infectionsstoffe durch Wunden aufgenommen. Die in die Körpersubstanz eingedrungenen Infectionspilze werden von dem Blute fortgeführt und können in der Regel zunächst nur in dem Capillargefässnetz, wo die Bewegung langsam wird, sich festsetzen und sich vermehren, indem sie den Wandungen anhaften. Nur bei sehr starker Zunahme und wenn sie durch das Capillargefässnetz hindurchgehen, wird man sie in der Blutmasse zerstreut finden. Von den Blutcapillaren aus können sie sich in die übrige Körpersubstanz und in die Lymphgefässe verbreiten. Die Ansteckungsstoffe können aus dem kranken Körper weder mit der Exspirationsluft, noch auf einem anderen Wege, ebenso nicht von einer Leiche aus unmittelbar sich in die Atmosphäre verbreiten. Sie verlassen nur mit Auswurfs- und Abschuppungsstoffen den Körper und gelangen erst nach dem Austrocknen in die Luft.

An diese Auseinandersetzungen reihen sich die Capitel über die hygienischen Eigenschaften des Wassers, der Luft, des Bodens, dann die Desinfection, die Abfuhr der Auswurfsstoffe, die Bestattung der Leichen, und die Gesunderhaltung der Wohnungen. Wir müssen es uns versagen, auf diese Capitel näher einzugehen, um so mehr, als hier Fragen erörtert werden, welche vor das Forum des Hygienikers von Fach gehören. Die erwähnten Abschnitte sind auch für Bautechniker etc. von besonderem Interesse. Nur aus dem Capitel über Desinfection sei hervorgehoben, dass nach v. N. das einfachste und sicherste Mittel der Desinfection darin besteht, gefährliche Substanzen so lange benetzt zu erhalten, bis sie aus unserem Bereiche fortgeschafft oder dauernd unwirksam gemacht sind. Beim antiseptischen Verbande kann es sich nach v. N. rationell nur darum handeln, die Fäulnisspilze auf der Wunde unwirksam zu machen, nicht aber sie zu tödten, noch auch sie von der Wunde abzuhalten. Deshalb, meint v. N., liesse sich derselbe bei gleicher Güte einfacher herstellen, als es bisher geschehen.

H. Tillmanns (Leipzig).

H. Buchner. Die Nägeli'sche Theorie der Infectionskrankheiten in ihren Beziehungen zur medicinischen Erfahrung.

Leipzig, **W. Engelmann,** 1877.

Das vorliegende Schriftchen besteht aus 2 Theilen, aus einem physiologisch-pathologischen Theil und einem epidemiologischen Abschnitt, und hat sich zur Aufgabe gestellt, die v. Nägeli'sche Theorie der Infectionskrankheiten durch Mittheilung medicinischer Thatsachen zu stützen. Für den physiologisch-pathologischen Abschnitt hat B. die Form von 5 fingirten Einwänden gegen die v. Nägeli-sche Theorie gewählt. Auf diese Weise sucht Verf. die wichtigsten Fragen unter einem Gesichtspunkte zusammenzufassen und zu beantworten. Im epidemiologischen Theil, d. h. dem kürzeren, werden die Austrocknungsvorgänge in Bodenflüssigkeiten als zeitliche Bedingung zur Entstehung von Malaria-Epidemien, dann die Choleraepidemie des Jahres 1854 in Bayern und das gegenseitige Verhalten der Infectionskrankheiten vom Gesichtspunkte der Nägeli'schen Untersuchungen aus erörtert. — Den ersten Einwand im physiologisch-pathologischen Theil, dass durch die Lebensthätigkeit der Spaltpilze keine Krankheiten in thierischen Geweben verursacht werden könnten, dass dieselben vielmehr als secundäre Producte zu betrachten seien, beantwortet B. durch den Hinweis auf die Erfolge der antiseptischen Wundbehandlung (? Ref.) und die Davaine'schen Experimente mit septischem Uebertragungsblute. Dem zweiten Einwand gegenüber, dass die Spaltpilze bisher keineswegs regelmässig bei den Infectionskrankheiten im Innern des menschlichen Organismus aufgefunden werden, betont Verf. die Schwierigkeit der Beobachtung, erörtert die Fälle von Intestinalmycose u. s. w. Der dritte Einwand lautet: »Zur Erklärung der Infectionskrankheiten in ihren allgemeinen Eigenthümlichkeiten ist es nicht erforderlich, einen belebten Infectionsstoff anzunehmen«. Diesem Einwurf wird entgegengehalten, dass der Infectionsstoff nicht unmittelbar schädlich auf den Körper wirken und eine unbelebte Noxe im Organismus sich nicht vermehren könne. Bei der Beantwortung des vierten Einwandes, dass, wenn die Infectionskrankheiten durch Entwicklung von Spaltpilzen innerhalb des menschlichen Körpers zu Stande kommen sollten, dann eine Genesung in Anbetracht der ungeheuren Vermehrungsfähigkeit jener Organismen undenkbar wäre, erörtert B. u. a. die Ursachen des Brandes, bespricht die chir.-patholog. Erfahrungen über Begrenzung des Brandes und septischer Wundvorgänge, die experimentelle Begrenzung des Brandes, betrachtet den Hospitalbrand als Infectionskrankheit u. s. w. Zuletzt weist Verf. den fünften Einwand zurück, dass die Nägeli'sche Theorie der Infectionskrankheiten keinen Aufschluss über die Entstehung der charakteristischen Krankheitsbilder und über den typischen Verlauf jener Krankheiten zu geben vermöge. —

Ref. hat das vorliegende Buch B.'s mit besonderem Interesse

gelesen. Allerdings hält sich Ref. noch nicht für berechtigt, sich allen Schlussfolgerungen des Verf. — die zuweilen etwas rasch gezogen werden, anzuschliessen. Aber es lässt sich nicht verkennen, dass das Buch mit eingehender Sachkenntniss, übersichtlich und mit warmem Interesse geschrieben ist und deshalb unsere Beachtung in jeder Weise verdient. **H. Tillmanns** (Leipzig).

Bericht des k. k. Krankenhauses Wieden 1876.

Verlag des k. k. Krankenhauses Wieden 1877.

Der Bericht umfasst (auf 458 Seiten und in 2 Tabellen) im allgemeinen Theile (p. 1—29) die sorgfältigen Daten über die Krankenbewegung in Bezug auf Geschlecht, Alter, Beschäftigung, Wohnort, Krankheitsformen der Erkrankten; weiterhin die Verpflegungsdauer der einzelnen Kranken und Krankheitsgruppen; endlich die Behandlungsresultate.

Im speciellen Theile (p. 29—110) werden im 2. Abschnitte die einzelnen Krankheitsformen von verschiedenen Gesichtspunkten aus zusammengestellt. — Der 3. Abschnitt enthält die Berichte über die beiden chirurgischen Abtheilungen (p. 111—284), die beiden medicinischen Abtheilungen (p. 285—336) und die syphilitische Abtheilung (p. 337—352). — Der 4. Abschnitt giebt den Bericht über die behandelten Augenkranken (p. 357—391); der 5. Abschnitt enthält den Bericht über Electrotherapie (p. 391—400), der 6. über die vorgenommenen chemischen Untersuchungen (p. 400—405), der 7. über die Ergebnisse der Leichenöffnungen (p. 405—432). An den im 8. Abschnitte erstatteten Bericht über das St. Josephs-Kinderspital (p. 432—442) schliesst sich ein Verwaltungsbericht über die Organisation des Krankenhauses und den Kostenaufwand pro 1876 an.

Indem wir uns den chirurgischen Berichten zuwenden, finden wir auf der 1. Abtheilung unter v. Mosetig's Leitung behandelt an Verletzungen: 286 Personen, darunter 226 Männer und 60 Weiber mit 25 Todesfällen; unter diesen rubriciren Verrenkungen 4, Verstauchungen 15 (1 †), Quetschungen 33 (3 †), Riss- und Quetschwunden 48 (1 †), Schnitt- und Stichwunden 43 (4 †), Erfrierungen 19, Verbrennungen 26 (6 †), Knochenbrüche 59 (9 †). Es wurden behandelt an Erkrankungen der Beinhaut 25 (1 †), der Knochen 37 (13 †), der Gelenke 30, des Zellgewebes 15 (1 †), der Harn- und Geschlechtsorgane 23 (1 †), des Mastdarms 11 (1 †), an Hernien 19 (3 †), an Neoplasmen 24.

v. Mosetig benutzt Lister's Methode der Wundbehandlung, doch wendet er statt Carbolmull Carbolwerg, statt Protectiv silk und Makintosh in Carbolsäurelösung aufbewahrtes Guttaperchapapier an. Die Drainrohre werden nur in den Wundeingang gelegt. An Stelle des Gypsverbandes legt er die modellirbaren Zinkblechschienen Guillery's an. Um durch Thatsachen die Erfolge zu illustriren, giebt v. M. in einer Tabelle *A* 9 grössere Operationen (seines Vorgängers

bis Ostern) nicht antiseptisch behandelt, und unter *B* 9 eigene Fälle, die antiseptisch behandelt und subperiostal operirt worden sind: *A* hat 2 Heilungen, *B* 7 (die Fälle sind schwer vergleichbar. Ref.). Auf p. 117 u. ff. bespricht v. M. in der Technik der Amputation die Entwickelung und Vortheile der subperiostalen Amputationsmethode.

Auf der 2. Abtheilung des Dr. Kumar wurden behandelt 666 Personen, darunter 431 Männer und 235 Weiber. Von diesen sind gestorben 46, darunter 29 Männer und 17 Weiber. Es litten an Wunden 57 (1 †), an Beinbrüchen 47 (7 †), Verrenkungen 6, Distorsionen 16, Quetschungen 38 (1 †), Erfrierungen 17, Verbrennungen 18, Phlegmonen 42 (5 †), Periostitis 15 (2 †), Caries und Nekrose 8 (7 †), Gelenkentzündung 20 (1 †), Abscessen 23 (1 †), Geschwüren 60, Hernien 12 (7 †).

Von grösseren Operationen wurden verrichtet: Amputationen 12 (gestorben nur ein Doppelamputirter beider Oberschenkel); 1 Resection des Ellenbogengelenks; 2 Nekrotomien; 7 Exstirpationen von Neoplasmen. Dann Herniotomien: 6 bei Femoral-(2 W. †), 6 bei Inguinalhernien (1†). Die Verbandmethode war die Lister'sche, von der Verf. die bekannten Vortheile p. 278—283 einzeln anführt.

In dem St. Josephs-Kinderspitale fanden sich unter 322 Kranken 64 chirurgische, von denen 8 gestorben sind († 4 Caries, 1 Fract. tib. compl., 1 Noma, 1 Strictura oesophag., 1 Combustio). Die Kinder litten an: Abscess 6, Caries 4, Coxitis 3, Congelatio 2, Genu valg. 2, Gonitis 4, Fracturen 12, Gangrän 2, Nekrosis 4, Noma 1, Sarcom 1, Vulnera 5, Phimosis 1, Corp. alien. in oesophag. 1, Strictura oesophag. 1 (Oesophagotomie, das Kind † 10 Tage später an Entkräftung).

Zahlreiche casuistische Beiträge sind in allen Berichten enthalten, auf die einzugehen an dieser Stelle nicht möglich ist.

Pilz (Stettin).

L. Witkowski. Ueber Gehirnerschütterung.

(Virch. Arch. LXIX. p. 498.)

Gewichtige Gründe sprechen für die Ansicht, dass reine Gehirncommotion möglich ist, dass die Hirnfunctionen auf traumatischem Wege aufgehoben oder wenigstens herabgesetzt werden können, ohne dass eine materielle Verletzung des nervösen Centralorgans vorliegt. Wie kommen die Erscheinungen der Commotion zu Stande? Fischer versuchte bekanntlich durch circulatorische Störungen Alles zu erklären und benutzte dazu die Versuche von Goltz über den Gefässtonus. Durch einen Schlag auf den Kopf werden nach ihm die cerebralen Gefässe reflectorisch gelähmt und erweitert. Bergmann und Huguenin haben diese Hypothese acceptirt. Diesen tritt Verf. entgegen. Wäre der vermuthete Vorgang der Gefässlähmung bei der Hirnerschütterung ein centraler Reflex, so liesse er sich nur von einer Lähmung der vasomotorischen Centren des verlängerten

Markes herleiten. Diese werden aber primär nicht gelähmt. Koch und Filehne fanden, dass auf Hämmern am Kopf kein Sinken, sondern ein regelmässiges Steigen des Blutdruckes eintrat. Dasselbe zeigten Versuche W.'s. Auch starke Schläge erhöhten ganz regelmässig den Blutdruck in der Carotis. Ebenso wenig aber war ein Zustand von Gefässlähmung bei der Gehirnerschütterung am geöffneten Hirnschädel direct zu beobachten. Die Commotion trat ganz ohne Gefässveränderung auf. Dass im weiteren Verlauf Herabminderung des Gefässtonus auftritt, ist richtig und insofern auch die Betheiligung circulatorischer Lähmungsvorgänge bei der Hirnerschütterung, aber diese sind als secundäre Folgen der Beeinträchtigung der Herz- und der Athmungsthätigkeit anzusehen. Uebrigens ist nach W. am Frosch (und auf Versuchen, die an Kaltblütern angestellt sind, beruht ja die ganze Hypothese) sicher nachweisbar, dass die Erschütterung ganz unabhängig vom Kreislauf vor sich geht. An Fröschen, denen das Herz ausgeschnitten, bei denen also gar kein Kreislauf mehr stattfindet, sind die ganzen Symptome der Commotion zu produciren, (ebenso an Salzfröschen nach Koch und Filehne). Es ist deshalb viel wahrscheinlicher bei der Hirnerschütterung eine directe Beeinflussung, eine temporäre Veränderung der nervösen Centren anzunehmen. In einigen Fällen mag dies der heftige Reiz thun, der von den zunächst betroffenen sensiblen Nerven ausgeht. Ebenso aber kann dieselbe Kraft direct auch auf die Centren wirken. Durch jenen seiner Natur nach noch wenig bekannten Vorgang, den wir als Hemmung bezeichnen, pflanzt sich die Wirkung von denjenigen Provinzen, die am heftigsten getroffen wurden, weithin im Centralorgan fort. Die verschiedensten Centren werden in Mitleidenschaft gezogen und treten unter einander in hemmende Wechselwirkung.

Madelung (Bonn).

Langenbuch. Ueber unblutige Operationen an der Zunge.

(Arch. für klin. Chir. XXII. 1. p. 72.)

L. operirte in zwei Fällen folgendermassen: Nachdem die Zunge möglichst weit zum Munde herausgezogen war, wurde eine grosse, krumme, mit langem Faden versehene Nadel etwa 2—3 cm hinter dem hinteren Umfange der Geschwulst auf dem Rücken der Zunge in der Mittellinie senkrecht in die Tiefe gestossen, von da ab, rechtwinklig zur Längsaxe der Zunge ein Bogen nach dem Kieferaste zu beschrieben und dann, die Schleimhaut des Mundbodens von unten herauf durchbohrend, wieder in die Mundhöhle zurückgeführt, dabei wurde aber, um der Schlinge bei der muskelreichen Zunge eine möglichst unverrückbare Lage zu geben, beim Zurückführen der Nadel der rechte Zungenrand mit durchstochen. Genau in derselben Weise wurde die andere Zungenhälfte umstochen. In der Mitte der Zunge fassten die betreffenden Fäden jedes Mal etwas Substanz von der anderen Zungenhälfte mit, die Fäden wurden zusammengezogen und verknotet, die zum Munde heraushängenden Faden dienten als Handhaben zum

Hervorziehen der Zunge. Auf solche Weise gelang es die Operation ohne Blutverlust zu machen.

L. empfiehlt ausserdem noch in Fällen, in denen man keine keilförmigen Excisionen machen könne, die Schnittfläche so anzulegen, dass sich der obere, wie untere Wundrand nach vorn keilförmig verjüngen. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

R. Olshausen. Die Krankheiten der Ovarien.

(Billroths Handb. d. Frauenkrankh. VI. Abschn. Stuttgart, Ferd. Enke, 1877.)

Die Lehre von den Eierstockserkrankungen und ihrer Behandlung, die namentlich im letzten Jahrzehnt so vielfach und gründlich studirt und so sichtlich gefördert worden ist, hat durch O. eine sehr eingehende und klare Darlegung ihres derzeitigen Standes erhalten. Die Arbeit ist ausser durch die sorgfältige Berücksichtigung der rasch anschwellenden Literatur des Gegenstandes, durch die Anführung einer grossen Reihe genauer eigener Beobachtungen und Erfahrungen und durch mehrfache vergleichende Zusammenstellungen des verwerthbaren statistischen Materials noch besonders ausgezeichnet.

Aus den ersten Kapiteln, die von den Bildungsfehlern, Lageabweichungen, Blutergüssen und Entzündungsprocessen an den Ovarien handeln, ist nur wenig hervorzuheben: Vollkommener Mangel beider Ovarien kann an der Lebenden wohl kaum jemals sicher diagnosticirt werden, es sei denn bei Gelegenheit einer Laparotomie. Die in der Literatur berichteten Fälle sind als sichere nicht mehr anzusehen, seitdem wir wissen, dass die Ovarien durch Axendrehung abgeschnürt und dann anderswo fixirt oder auch wohl resorbirt werden können. Viel häufiger und einer sichern Diagnose oft zugänglich ist die rudimentäre Bildung der Organe.

Einen Fall von Ueberzahl der Ovarien sah O. dadurch bedingt, dass von dem linken Eierstock ein Theil durch Peritonitis abgeschnürt war. Diese Partie war zu einem multiloculären Cystom entartet und wurde exstirpirt. Nach dem Tode der Pat. fanden sich beide Ovarien an ihrer Stelle, aber von dicken Bindegewebsschwarten eingehüllt.

Die Symptome und der Verlauf der acuten, nicht puerperalen Oophoritis bieten in der Regel nichts Charakteristisches; sie gehören vielmehr im Wesentlichen der begleitenden Perioophoritis (Perimetritis) an. Die letztere hat ihren Grund am häufigsten in einer auf Tripperinfection beruhenden, durch die Tuben fortgeleiteten Entzündung.

Die Diagnose der anatomisch nicht eben klar gekannten Oophoritis chronica konnte O. unter 900 gynäkolog. Kranken 12 Mal bestimmt verzeichnen. Die Resultate der Therapie sind hierbei wenig zuverlässig. Von der Darreichung des Goldes (Noeggerath) sah O. nur in einigen Fällen deutlichen Erfolg. Wo das Leiden ernst und hartnäckig auftritt, wird in Zukunft die Exstirpation der Organe in Frage kommen.

Während den angeführten Gegenständen nur 33 Seiten gewidmet sind, gehört der Rest von 410 Seiten den Eierstocksgeschwülsten und von diesem wiederum die grössere Hälfte der Behandlung der Cystome.

Die Geschwülste werden dem praktischen Bedürfniss entsprechend eingetheilt in cystische und solide, die cystischen wiederum in die einfachen Cystenbildungen, die proliferirenden Cystome und die Dermoidcystome; die soliden dagegen in die Gruppe der dermoiden (Fibrome, Sarcome, Papillome, Enchondrome) und der epithelialen (Carcinome) Geschwülste.

Von den soliden Tumoren wird hervorgehoben, dass sie zwar viel seltener als die Cystome, immerhin aber weit häufiger als Leopold (1,5% aller Ovarialtumoren) annimmt, zur Beobachtung kommen. O. selbst hat unter 58 Ovariotomien 3 solide Geschwülste exstirpirt, in dem entsprechenden Zeitraum indess noch weitere 6—7 Eierstockscarcinome gesehen. Sehr häufig sind sie doppelseitig. Ihre Form schliesst sich viel regelmässiger der des normalen Ovariums an. Ihre Grössenentwicklung bleibt mässig. Häufig sind sie von beträchtlichem Ascites begleitet. — Die Therapie soll bei Carcinomen unbedingt nur eine palliative sein, da selbst die einfache Probeincision in diesen Fällen fast immer rasch vom tödtlichen Ausgang gefolgt wird.

Von den Cysten entstehen die im anatomischen Sinne unilocularen (oder pauciloculären, oligocystischen) zumeist durch Hydrops folliculi Graafiani. Unter den Hypothesen über die Art ihres Zustandekommens hat nach O. die Scanzoni'sche die meiste Wahrscheinlichkeit für sich: dass eine zu geringe menstruale Congestion, die es nicht bis zur Berstung bringe, die Veranlassung sei. Klinische Bedeutung gewinnen diese Cysten im Vergleich zu den proliferirenden Cystomen nur selten.

Von diesen letzteren — den multiloculären Cystoiden, Colloidgeschwülsten, Myxoidcystomen — hat man wohl eine papilläre und eine glanduläre Form unterschieden, je nachdem an der Innenwand der Cysten entspringende und in diese hineinragende gefässreiche papilläre Wucherungen oder drüsenartige Einsenkungen des Epithels der Drüseninnenwand prävaliren. Ist dieser Unterschied indess auch nur ein gradueller, so giebt es doch eine Art von Cystomen, die im exquisitesten Sinne papilläre genannt werden müssen. Diesen wahrscheinlich aus dem Parovarium sich entwickelnden Geschwülsten kommt eine Reihe von Eigenthümlichkeiten zu: Sie sind sehr oft doppelseitig, sitzen meist zwischen den Blättern des Lig. latum, bleiben anscheinend lange stationär und tragen an der Innenfläche Flimmerepithel. Nach Durchbrechung der Cystenwand können sie in der Bauchhöhle — besonders auf dem Netz und dem Mesenterium — weitere Verbreitung finden.

In histiogenetischer Beziehung werden die proliferirenden Cystome als epitheliale Tumoren angesprochen, die hervorgehen aus einer

Wucherung wahrscheinlich nur der Drüsenschläuche, nicht der fertigen Follikel.

Die Schwangerschaft hat nicht selten ungewöhnlich rasches Wachsthum der Tumoren zur Folge; dass sie aber zur Umwandelung gutartiger Tumoren in maligne disponire (Wernich), ist eine ganz unerwiesene Hypothese. — Unter 14 Fällen von Radicaloperation der Geschwülste während der Schwangerschaft verliefen nur 2 tödlich. Der bis vor Kurzem perhorrescirte Eingriff erscheint daher entschieden überall indicirt, wo bedenkliche Erscheinungen (von Ruptur, Torsion, Vereiterung der Cysten) auftreten, und stets gerechtfertigt, wo es sich um ein deutlich proliferirendes Cystom von erheblicherem Umfang handelt, besonders wenn rasches Wachsthum bemerkt wird.

Die differentielle Diagnose ist sehr eingehend behandelt und durch die beigefügte Casuistik der Irrthümer illustrirt. Für die oft am meisten erschwerte Unterscheidung von Ascites und Ovarialtumor wird der Probepunction ein hoher Werth zuerkannt, wenn auch weder der (nach Huppert's Angaben zu führende!) Nachweis des Paralbumin, noch auch der Eintritt spontaner Gerinnselbildung oder die mikroskopische Untersuchung der Flüssigkeit jeden Irrthum absolut ausschliessen lassen.

Mit Recht will O. — im Gegensatz zu Spiegelberg's ganz allgemeiner Empfehlung (1869) — die Probepunction für diejenigen complicirten Fälle reservirt wissen, deren Natur nach genauster physikalischer Untersuchung nicht klar gestellt werden konnte. —

Als Versuch der Radicalheilung erscheint die Punction heute nur noch da indicirt, wo alle Zeichen für die Annahme einer anatomisch-uniloculären Cyste sprechen. — Die auf die Punction folgende Jodinjection ist aus der Behandlung aller grösseren Ovarialtumoren zu verbannen.

Die geschichtliche Entwickelung der Ovariotomie und die Heilerfolge der bekannteren Ovariotomisten lassen den Verf. die bestimmte Hoffnung auf eine über alle früheren Erwartungen segensreiche Zukunft der Operation aussprechen, die sich ja bereits zu bewahrheiten beginnt. — Bezüglich der sehr sorgfältig erörterten Details der Operation müssen wir umsomehr auf das Original verweisen, als wir bereits früher im Centralbl. für Chir. (1877. p. 266) über die Operationsgrundsätze des Verf. Bericht erstattet haben.

Von der Ovariotomia duplex glaubt O., dass sie noch zu sparsam ausgeführt wird. Man wird sie künftig mindestens in der von Atlee verzeichneten Frequenz (von $7^1/_2$ % der Fälle) machen müssen. Die Fälle, in denen nach dieser Operation die Menstruation fortbestand, sind in hohem Grad beachtenswerth. Immerhin bilden sie die seltene Ausnahme und lassen die Möglichkeit einer Täuschung der Autoren durchaus nicht vollständig ausschliessen.

Die tabellarische Zusammenstellung der Fälle von Tetanus nach Ovariotomie (im Ganzen 24) weist bestimmt auf die Abhängigkeit der Erkrankung von der angewandten Methode der Stiel-

behandlung oder deren Ausführung hin. Mit einer einzigen Ausnahme handelt es sich stets um Klammer- oder Drahtschnürerfälle. In einer Reihe von Fällen scheint speciell in der unvollkommenen Compression des Stiels, in einer andern in der Durchbohrung desselben mit einer Lanzennadel die Veranlassung der Erkrankung gegeben gewesen zu sein. **Löhlein** (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

Thanisch. Heilung eines Falles von Tetanus traumaticus.

(Correspondenzbl. der ärztl. Vereine in Rheinland etc. 1878. No. 21. p. 38.)

Bei einem 17jähr. Mann entstand nach leichter Verletzung an der Dorsalfläche des linken Daumens zwischen erster und zweiter Phalanx Tetanus traumaticus mit Neuritis ascendens. Heilung in ca. 14 Tagen unter hydropathischen Einwickelungen des Armes, Einreibung von 10 Packeten ungt. hydrarg., cin., 2 g 3stündlich und einem irisch-römischen Bade täglich. Die Wirkung der irisch-römischen Bäder war unverkennbar, da das Zurücktreten der Erscheinungen regelmässig »ruckweise« während des Bades constatirt werden konnte.

Madelung (Bonn).

Nankivell. Two cases of traumatic tetanus treated by stretching of the median nerve; death.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 311.)

Obwohl beide Fälle einen tödtlichen Ausgang hatten, glaubt N. dennoch, dass die Nervendehnung im ersten nicht ohne Nutzen gewesen, da der vorhandene Opisthotonus auf 48 Stunden schwand. Es dürfte nach N. zweckmässiger sein, den plex. brachial. und ischiad. zu dehnen an Stelle eines einzelnen Zweiges. Abweichend von E. Watson's Beobachtungen litten beide Patienten nicht durch die Narkose.

1) Der erste Fall betraf einen 28jähr. Mann, der sich am 29. November die Palmarfläche des linken Mittelfingers verletzte; die anfangs gut heilende Wunde sah am 10. Tage schlecht aus, es stellte sich leichte Mundsperre ein, Schmerzen im Arm, im Epigastrium und Rücken (Chloral). Am 2. Dec. Opisthotonus, allgemeine Krämpfe; 5. Dec. Nervendehnung des N. medianus in der Narkose; 8. Dec. von Neuem Opisthotonus, 8. Dec. Pat. stirbt plötzlich beim Umwenden im Bette.

2) Der 46jähr. Mann erlitt eine complicirte Luxation des Nagelgliedes seines rechten Daumens am 9. Jan.; trotz der starken Zerreissung wird die Entfernung des Gliedes abgelehnt; am 17. Jan. Kiefersperre, Steifheit im Nacken, risus sardon. Chloral; als 2 Stunden später Opisthotonus und allgemeine Krämpfe erfolgten, amputirte N. in der Narkose den Daumen und dehnte den N. median. Nachdem Pat. wieder gut aus der Narkose zu sich gekommen, traten die Krämpfe um so heftiger auf und er starb am folgenden Vormittage. **Pilz** (Stettin).

Larondelle. De la valeur relative des amputations et des résections dans les tumeurs blanches.

(Bruxelles 1878. 180 S.)

Diese von der belgischen Akademie gekrönte Schrift enthält eine eingehende Beurtheilung des Werthes der Amputation (beziehungsweise der Exarticulation) und der Resection bei fungöser Arthritis im Allgemeinen, sowie eine specielle Darlegung der Verhältnisse für jedes einzelne Gelenk, wobei der Verf. den Resectionen das Wort redet. **Mögling** (Schwenningen).

W. A. Finlay. The treatment of certain cases of ununited fracture.
(Edinb. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 696.)

Bei den seltenen Fällen unvereinigter Knochenbrüche kann mehrfach die Schuld den Arzt treffen, nicht aber in den Fällen, in welchen von 2 Nachbarknochen (Radius und Ulna; Fibula und Tibia) nur der eine gebrochen ist und ein Theil eines Fracturendes durch Nekrose verloren geht. Das unbrauchbare Glied wurde früher mehrfach amputirt. Verf. kam durch Ausschneidung eines ausreichenden Stückes aus dem ungebrochenen Nachbarknochen und Naht des gebrochenen zum Ziele und erfuhr nachträglich erst, dass Lister und Annandale dieselbe Methode schon erfolgreich geübt hätten. — Der Fall betraf einen 9jährigen Knaben, der durch Eisenbahnunfall eine complicirte Fractur der Tibia erlitt; im Verlaufe stiess sich ein $1^1/_2$" langes nekrotisches Knochenstück aus der ganzen Knochendicke aus. Trotz verschiedener Massnahmen trat keine Consolidation an der Tibia ein. Daher resecirte F. nach Anlegung der Esmarch'schen Binde und des Schlauchs subperiostal unter antiseptischen Cautelen 1" aus der Fibula. Jetzt konnten die beiden Tibia-Enden in Contact gebracht und darin durch Silberdrahtsutur erhalten werden. Nach den ersten 2 Verbänden brauchten wöchentlich nur 2 Verbände angelegt zu werden. Nach 8 Tagen erreichte die Temperatur nicht 100° F. 2 Monate nach der Operation konnte der Silberdraht entfernt werden, nach weiteren 4 Wochen waren die Wunden geheilt. Einen Monat später war feste Vereinigung der Knochen eingetreten. **Pilz** (Stettin).

Zahn. Ueber Pigmentinfiltration der Knorpel.
(Virch. Arch. LXXII. p. 110.)

Z. fand verhältnissmässig häufig im Knorpel meist bei älteren Individuen, aber auch bei jüngeren, z. B. einem 18jähr. Mädchen, Pigment, und zwar meist bei solchen, die unter Abwesenheit gleichzeitiger Anämie an beträchtlichen Störungen des kleinen Kreislaufes gelitten, seltener bei hochgradigem Icterus. Nur Rippen- und Kehlkopfknorpel war von der Infiltration betroffen. Die Infiltration betrifft nur in seltenen Fällen einen grösseren Gewebsabschnitt, dann gewöhnlich in Form von Zonen, entweder von der Oberfläche nach Innen vordringend, oder aber die wenigen die Knorpel durchziehenden Gefässe umgebend (so beim Icterus). In weitaus den meisten Fällen findet sich das Pigment sehr viel spärlicher, in einzelnen zerstreut liegenden Zellen, oder in kleinen Zellengruppen.

Das Knorpelpigment stammt entweder von gelöstem Blut- oder von Gallenfarbstoff ab. Dieser gelangt auf dem Wege der Diffusion in das Gewebe und verlässt es wieder auf demselben Wege. Es fixirt sich nur in solchen Zellen, deren Protoplasma eine ganze oder theilweise Veränderung erlitten hat (Fettentartung). Das unveränderte Protoplasma, sowie die Intercellularsubstanz lässt der gelöste Farbstoff insofern frei, als er keine Spuren seiner Anwesenheit in ihnen zurücklässt. **Madelung** (Bonn).

Lange. Aus der chirurgischen Klinik in Kiel. Fünf Fälle von Unterleibstumoren.
(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 49.)

Aus neun in Kiel 1875—1876 hintereinander folgenden Genesungsfällen nach Operationen, welche mit Eröffnung des Peritonealsackes verbunden waren, greift Verf. fünf durch ihre Eigenartigkeit interessante heraus.

I. Multiloculäre Ovariencyste und linksseitige Hernia cruralis; Ovariotomie und Radicaloperation der Hernie. — Heilung.

Kurz vor der behufs Vornahme der Ovariotomie in die Anstalt aufgenommenen Patientin trat eine alte Cruralhernie hervor, die sich zuerst reponiren liess, bei wiederholtem Vortreten aber irreponibel blieb. Als hierauf die Ovariotomie vorgenommen wurde mit der Absicht, zugleich von der Bauchhöhle aus den incarcerirten Darm zurückzuziehen, fand sich, dass nur ein entzündeter Bruchsack vorlag. Dieser wurde hart an der Pforte abgeschnitten, die Wunde drainirt und nach Vereinigung der Bauchwunde durch die Naht geschlossen. Die Heilung erfolgte rasch und ohne Zwischenfall.

II. Multiloculäre Ovariencyste, subperitoneale Exstirpation wegen fester Adhäsionen im kleinen Becken. — Genesung.

Die Cyste war ringsherum im kleinen Becken so fest verwachsen, dass sie mit den Fingernägeln ausgeschält werden musste; der Stiel kam nicht zum Vorschein; der schlaffe Peritonealsack wurde nach der Exstirpation um seine Axe gedreht und das periphere Ende dieses Stranges durch Klamps im unteren Wundwinkel fixirt. Daselbst bildete sich eine nabelförmige Einziehung.

III. Cystosarcoma ovarii dextri, Ovariotomie; Tod nach 10 Wochen an metastatischem Sarcom.

Bei der Ovariotomie musste die Cystenwand durch Incisionen geöffnet und der bröcklige, markige Gewebsmassen enthaltende Inhalt entleert werden, welcher die Kanüle bei Punctionsversuchen constant verstopft hatte. Derselbe erwies sich als aus stark verfetteten rundlichen Zellen bestehend. Bei der Operation kam eine reichliche Menge dieses Cysteninhaltes in die Bauchhöhle, aus welcher es möglichst sorgfältig entfernt wurde. Doch mag hierin vielleicht der Grund gelegen haben, dass in der rapidesten Weise und zwar den Lymphbahnen folgend, ein Recidiv der Geschwulst auftrat. Die Bauchhöhle war in der rechten unteren Hälfte bei der Section von einem ganz weichen Tumor erfüllt, das retroperitoneale Bindegewebe von kleineren Tumoren von gleicher Beschaffenheit diffus infiltrirt; längs der Wirbelsäule liegen dieselben in Form eines armdicken Stranges; das Zwerchfell ist, besonders rechts, zu einer mehrere Zoll dicken Masse entartet und stark nach dem Thoraxraum emporgedrängt; Mediastinum anticum und posticum sind von Tumoren erfüllt; die Corticalsubstanz der Nieren enthält scharf abgegrenzte markige Infiltrate.

IV. Sarcoma ovarii sinistri; Ovariotomie — Heilung.

Dieser Fall ist durch die intercurrenten Verhältnisse interessant. Es traten genau die Symptome auf, welche bei Laparotomien so häufig den Exitus letalis einleiten, und für welche auffallende Schwäche der Herzaction, starke Dyspnoë und Cyanose bei leidlich gutem subjectivem Befinden nach Verf. charakteristisch zu sein scheinen, galliges Erbrechen im Zustand starken Collapses und Cession von Wind- und Kothabgang zeigten sich. — Eistücherumschläge über das Abdomen und zweistündlich Plummer'sche Pulver bewirkten reichliche Darmentleerungen von dünnen Massen und vielen Flatus. Unter Roborantien trat Besserung und später Genesung auf.

V. Hydronephrosis sinistra. Anlegung einer Nierenbeckenfistel.

Nach Klarlegung der diagnostisch wichtigen Momente beschreibt Verf. das Operationsverfahren, welches darin bestand, dass erst durch vier im Viereck zugleich eingestossene Troikarts Verlöthung der Peritonealblätter erzielt wurde, wonach Spaltung der Bauch- und Nierenwandung (letztere fast 1 cm dick) erfolgte, wobei 3 Liter blutigbrauner Flüssigkeit entleert wurden. Die Reaction war sehr stark: hohes Fieber, Coma und Convulsionen folgten; allmälig aber trat unter Schrumpfung der Nierencyste Besserung ein und relative Heilung. Ueber die Details des interessanten Falles und den Obturator, welchen die Patientin trug, ist im Original nachzulesen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Kaposi. Symptome und Behandlung der Psoriasis universalis.
(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 44 und 45.)

K. schildert das Bild der Psoriasis universalis, bei welcher die Efflorescenzen durch kleine oder gar keine Inseln gesunder Haut von einander getrennt sind, wobei schliesslich ein Zustand entsteht, der von dem Ungeübten mit Pemphigus foliaceus, Lichen ruber und Pityriasis rubra (Hebra), aber auch vom Fachmann mit Eczema universale verwechselt werden kann. — Während noch vor Kurzem die Prognose solcher Fälle dem Autor sehr übel schien, hat er durch Anwendung von Leberthran zum Einfetten, der Bäder und Kautchuckeinhüllungen sehr gute Resultate von zeitlicher Heilung aufzuweisen. Beispielsweise werden Fälle erwähnt, in denen allerdings nach Einthranen Eczemeruptionen der quälendsten

Form zur Psoriasis hinzukamen. Es ist in diesen Fällen auf rechtzeitiges Aussetzen der Thranapplication Gewicht zu legen. Bäder (continuirliche), sowie Einwicklungen in Binden, die mit Ungt. Diachylon bestrichen, erwiesen sich alsdann vortheilhaft. **v. Mosengeil** (Bonn).

M. Huart (Brüssel). **Epidémie de pemphigus chez les nouveau-nés.**

(La presse méd. Belge 1877. Dec. 30.)

Obige Epidemie wüthete von Januar bis Juli 1877 im Hôp. St. Louis zu Paris (Abth. von Prof. Vidal), nachdem bereits 1876 (April bis Juli) eine gleiche, aber sehr milde, vorausgegangen war. Zwischen dem 2. und 6. Tage nach der Geburt zeigten sich, am Halse, der Stirn, den Extremitäten, dem Stamm, seltener an den Schleimhäuten des Mundes und Rachens, nie in der vola manus und planta pedis des Kindes eine oder mehrere (bis zu 35) maculae von verschiedener Grösse, ganz klein bis zu 2 Francsstückgrösse, welche im Verlaufe von wenigen Tagen sämmtliche Metamorphosen von Pemphiguseruptionen durchmachten. Oft traten Fieber, heftige Verdauungsstörungen und der Tod ein. Der ganze Process vollzog sich in wenig Tagen. Die Obductionen ergaben in der Regel keine besonderen Veränderungen innerer Organe. Die Affection verheilt sich in folgender Weise auf die 7 Monate ihres Bestehens:

Januar	61	Geburten mit	18	Pemphigusfällen	(+ 7)	im Spitale,	+ 2	Mütter an	Metroperitonitis.		
Febr.	49	- -	32	-	(+ 19)	- -	+ 4	- -	-		
März	53	- -	7	-	(+ 2)	- -	+ 1	- -	-		
April	54	- -	—	-	—	- -	—	- -	-		
Mai	54	- -	—	-	—	- -	+ 2	- -	-		
Juni	62	- -	27	-	(+ 12)	- -	+ 5	- -	-		
Juli	2	- -	3	-	—	- -	—	- -	-		

Bei 3 Müttern trat ebenfalls Pemphigus auf, bei ihnen wurden Impfungen sowohl mit Secret ihrer eigenen Pemphigusblasen als auch mit dem der Kinder mit Erfolg vorgenommen. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

P. Blažeković. **Zur Kenntniss der Kälber-Diphtherie.**

(Deutsche Zeitschr. für Thiermed. und vergl. Patholog. Bd. IV. Hft. 1 und 2.)

B. beschreibt eine ansteckende, perniciöse Erkrankung unter den Saugkälbern einer Pusta in Slavonien, welche innerhalb 3 Wochen 24 Stück befiel. Die beobachteten Krankheitsformen konnten in 3 Gruppen eingetheilt werden; erstens solche Patienten, bei denen ausser einer nekrotisirenden Entzündung der Schleimhaut des Maules nur unbedeutende Störungen des Allgemeinbefindens bestanden, zweitens solche, welche daneben noch die Symptome einer katarrhalischen Affection der Luftwege (Husten, Schleimausfluss) darboten, und drittens Kranke, bei denen die Localaffection der Maulhöhle von schweren pneumonischen Erscheinungen und tiefem Allgemeinleiden begleitet war. — Gründe der Analogie bestimmen den Verf., die Krankheit für identisch mit der von Dammann beschriebenen »Kälber-Diphtherie« (siehe Centralbl. für Chir. 1877, p. 164) zu halten. Die mikroskopische Untersuchung der Plaques ist nirgends gemacht; gleichwohl spricht Verf. »mit Bestimmtheit« von einer Mykose.

A. Hiller (Berlin).

Rogowicz. **Ein Fall von Blasenscheidenfistel.**

(Medycyna 1878. No. 5. polnisch.)

Die 40jähr. Pat. hatte 4 Mal rechtzeitig und leicht geboren; das 5. Mal dauerte die Geburt 2 Tage und Nächte und musste Zange so wie Excerebration zur Hülfe kommen. Am 3. Tage Incontinentia urinae. Trotzdem Gravidität sechs Monate später und Frühgeburt im 5. Monate. Bei der Untersuchung fand R. eine Fistel, die aus zwei neben einander gelegenen Oeffnungen bestand: die rechte maass im Durchmesser 1 cm; die linke war oval (3—$1^1/_2$ cm); die Brücke zwischen ihnen war $^1/_2$ cm breit. Bei der Operation wurden beide Oeffnungen in eine grosse ver-

wandelt und mit 9 Silberfäden zusammengenäht. — Gleich darauf blutiger Urin, der später sogar Blutgerinnsel enthielt. Die Blase stand 3 Finger breit über der Symphyse. R. führte einen Laminariastift in die Urethra, was zwar die angesammelten Gerinnsel zu entfernen half, aber auf die Blutung keinen Einfluss hatte. Dann entschloss sich R. am 4. Tage die Nähte zu entfernen und radical die Blutung zum Stehen zu bringen. Die Ränder fanden sich prima intentione geheilt. Die Abnahme der Nähte half, nach ein paar Stunden war der Urin rein. — R. glaubt, dass ein Draht durch eine Gefässwand einer kleinen Arterie gedrungen war und deshalb ihrer Zurückziehung im Wege gestanden hatte.

Obaliński (Krakau).

L. Bauer. Membranous stricture of rectum; follicular ulceration throughout its whole length; death from peritonitis induced by clysma.

(St. Louis clin. Record 1878. October p. 173.)

Bei einer alten Frau, die seit langen Jahren an Stuhlbeschwerden mit häufigem Abgang blutiger und eitriger Massen litt, befand sich eine membranöse Strictur nach Art eines Diaphragma mit kleiner fast centraler Oeffnung über dem Sphincter ani internus. Durch das ganze Rectum zerstreut befanden sich folliculäre Geschwüre bis zu Erbsengrösse und verschieden tief in das Gewebe eindringend. Die Strictur wurde an mehreren Stellen incidirt, das Rectum durch Klystiere gereinigt. Bald darauf Collaps, nach 28 Stunden Tod. Ein Theil des Clysma war in die Bauchhöhle eingedrungen durch Perforation einer 9" über dem Anus befindlichen Ulceration. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

W. Orlow. Injection von Jodtinctur ins Kniegelenk.

(St. Petersb. med. Wochenschrift 1878. No. 12. p. 103.)

Verf. hat 8 Mal wegen chronischer seröser Synovitis und 2 Mal bei Gonitis sero-purulenta nach Punction und Entleernng des Ergusses mittelst des Troikarts eine Mischung von 1 Theil Jodtinctur und 3 Theilen aqu. dest. injicirt, wobei er von den eingespritzten 12 g nach etlichen Minuten eine gewisse Menge wieder ausfliessen liess. Die Reaction war nie heftig; alle Kranken wurden ambulatorisch behandelt und bedurften keiner weiteren Behandlung.

Mögling (Schwenningen).

Th. E. Sourier. Plaie d'arme à feu à la jambe. Chirurgie conservatrice. Guérison.

(Gaz. des Hôpitaux 1877. No. 119.)

Einem 29jährigen Landmann wurde durch die Explosion eines Mörsers der rechte Unterschenkel zerrissen, so dass ihm die Amputation vorgeschlagen werden musste, der er sich jedoch widersetzte. Die Tibiacondylen waren fast vollständig weggerissen worden, bis 4 cm unterhalb des Kniegelenkes; die Continuität des Gliedes ist jedoch durch eine dünne Spange an der hinteren Fläche und durch die intacte Fibula erhalten, das Kniegelenk nicht eröffnet, der Unterschenkel etwas kühl, locale Unempfindlichkeit, keine Blutung, Allgemeinbefinden gut. Es wird das Bein auf eine Schiene gelagert und der permamenten Irrigation unterzogen. Nach Extraction einiger Knochensplitter normaler Wundverlauf, fieberlos. — Am 51. Tage ist die Wundfläche auf Nussgrösse reducirt, der Knochen grossentheils ersetzt, Kniegelenk beweglich. Gang noch auf Krücken. —

Winiwarter (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25. **Sonnabend, den 22. Juni.** **1878.**

Zur Aetiologie der Blasensteine.

Von

Dr. Th. Kölliker,

I. Assistent am anatomischen Institut zu Würzburg.

Der grossen Zahl jener Fremdkörper, welche Blasensteinen zum Kern dienen können, sind wir in der Lage einen weiteren anzureihen, der unseres Wissens noch nicht beschrieben wurde; es ist der ulcerös abgestossene, als Fremdkörper in der Blase verweilende, hypertrophische, mittlere Lappen der Prostata.

Der Stein fand sich in der Blase eines 65 Jahr alten Mannes, dessen Krankengeschichte kurz folgende ist:

Pat. leidet seit 12 Jahren an unaufhörlichem Drang zum Uriniren. Seit 3 Jahren zeigte sich im Urin auch Blut, jedoch nur nach dem Katheterismus, welcher in den 3 letzten Jahren 3—4 Mal täglich vom Pat. selbst vorgenommen wurde. Im August 1875 stellten sich heftige Blutungen ein, und dürfte das etwa dem Zeitpunkt entsprechen,

an welchem der mittlere Prostatalappen abgestossen wurde. Steinbeschwerden sind auffallender Weise niemals bei dem Kranken beobachtet worden.

Zu bemerken ist noch, dass sich ca. 2 Jahre lang, nämlich 1873 und 1874 inconstant Zucker im Urin vorfand.

Der Kranke ging an Marasmus zu Grunde und die Section (Privatdocent Dr. Ziegler) ergab:

Pyelonephritis beiderseits. Die Nieren bedeutend vergrössert, beim Einschneiden entleert sich aus dem bedeutend erweiterten Nierenbecken eitrig-schleimige Flüssigkeit. Die Calices stark erweitert. Nierensubstanz geschwellt, stark durchfeuchtet, grauroth durchscheinend; stellenweise enthält dieselbe sowohl im Mark, wie in der Rindensubstanz gelbe, mit rothem Hof umgebene Herde.

Die Ureteren beiderseits waren recht stark dilatirt, bis zur Grösse eines mässig zusammengezogenen Dünndarms. Im rechten Ureter findet sich am Ende des oberen Drittels an der hinteren Wand eine klappenartige Einschnürung, darunter ist der Ureter wieder stark dilatirt.

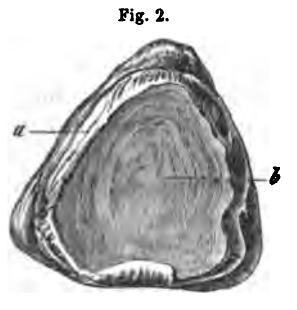
Fig. 1.

Das rechte Nierenbecken und der rechte Ureter enthalten Gries.

Blasenmuskulatur stark hypertrophirt (vessie à colonnes), die Blase enthält äusserst trüben Urin, Schleimhaut schiefrig gefärbt.

Starke Hypertrophie der Prostata, sowohl der beiden Seitenlappen, als auch des mittleren Lappens und namentlich dessen linker Seite, die in das Innere der Blase ragt, und an der Oberfläche zwei ulceröse Erhebungen zeigt, sowie darunter gegen die Urethralmündung zu eine platte, ausgehöhlte Fläche, welche einer Abscesswand angehört zu haben scheint.

Fig. 2.



Rechtes Samenbläschen normal. An Stelle des linken findet sich eine ausgedehnte Abscesshöhle, in welche das linke Vas deferens mündet.

In der Blase liegt ein Stein, [Fig. 1 natürliche Grösse] von Gestalt eines Tetraeders mit abgestumpften Kanten und Ecken, der in seiner grössten Circumferenz 11 cm misst; auf dem Durchschnitt ergiebt sich, dass derselbe als Kern den mittleren Lappen der Prostata enthält, der mit phosphorsauren Salzen incrustirt ist. [Fig. 2. *a* Rinde, *b* Gewebe der Prostata.] Die Breite der Rinde schwankt zwischen 3—4 mm; die grösste Breite des Prostatakerns beträgt $2^1/_2$ cm.

Die mikroskopische Untersuchung weist normales Prostatagewebe

nach, glatte Muskelfasern und Drüsengänge sind noch deutlich zu erkennen.

Es muss dahingestellt bleiben, ob die Abstossung in Folge einer Abscedirung im Prostatalappen entstand, oder ob die Basis desselben durch einen falschen Weg perforirt wurde und es dann zur ulcerösen Lösung kam. Letzteres ist wahrscheinlicher, da Pat. sich selbst katheterisirte und dabei stets Blut abging. —

Bouchut. De la numération des globules du sang a l'état normal et a l'état pathologique chez les adultes et chez les enfants.

(Gaz. med. de Paris 1878. No. 14 u. 15.)

B. hat an Erwachsenen und Kindern sowohl unter normalen als unter pathologischen Verhältnissen eine Reihe von Zählungen der Blutkörperchen vorgenommen.

Das Resumé der Arbeit ist folgendes:

1. Im Kindesalter ist die Zahl der rothen und weissen Blutkörperchen grösser als in jedem andern Alter.

2. In der Jugend hat das Geschlecht keinen Einfluss auf die Zahl der rothen Blutkörperchen.

3. Später findet man bei gleichem Alter und gleichem Gesundheitszustand eine kleinere Anzahl rother Blutkörperchen beim Weibe.

4. Wiederholte Zählungen an einem Individuum geben gleiche Resultate.

5. Blut von verschiedenen Körperstellen hat gleiche Beschaffenheit.

6. Die Zahl der rothen Blutkörperchen steht in keinerlei Verhältniss mit der Constitution und dem Gesundheitszustand des Individuums. In Folge dessen ist eine Untersuchung des Blutes durch einfache Zählung unvollständig und unzureichend. Nicht von der Zahl der Blutkörperchen, sondern von ihrer Constitution, ihren Dimensionen und vor Allem von ihrem Reichthum am Hämoglobin ist die Beschaffenheit des Blutes abhängig.

7. Für die weissen Blutkörperchen ist die Frage der Zahl von grösserer Bedeutung, so bei lymphatischer Constitution. Der Einfluss der Mahlzeit auf die Vermehrung ist fraglich.

Die mittlere Zahl der rothen Blutkörperchen beträgt für Erwachsene höchstens 4,000000, die der weissen 6—7000; das Verhältniss ist demnach 1 : 700. **Th. Kölliker** (Würzburg.)

K. Huber und **Butter.** Die Massenerkrankung in Wurzen im Juli 1877. (Milzbrand oder putride Infection?)

(Arch. der Heilkunde 19. Jahrg. Hft. 1.)

Durch Genuss von Fleisch einer in krankem Zustande geschlachteten Kuh erkrankten 206 Personen, von denen 6 (innerhalb 2 bis

7 Tagen) starben. Diejenigen, welche das Fleisch roh gegessen hatten, zeigten die schwersten Erscheinungen; die Symptome waren im Ganzen denen der Cholera sehr ähnlich; in einigen Fällen zeigte sich nebenbei ödematöse Schwellung der Haut und Pustelbildung etc. Die Befunde der zur Autopsie gelangten Fälle waren ziemlich gleich, d. h. man fand im Wesentlichen im Herzen und in den Gefässen dunkelkirschrothes, flüssiges Blut, die Magenschleimhaut katarrhalisch mit breiten und zahlreichen Ecchymosen durchsetzt, stellenweise auch blutig imbibirt, im Darme ähnliche Befunde geringeren Grades und starke Schwellung der Follikel, Milz erweicht, matschig etc. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab die Anwesenheit von colossalen Mengen, allerdings bewegungsloser Milzbrandbacterien.

Durch eine Vergleichung mit den bisher in der Literatur bekannt gewordenen ähnlichen Krankheitsfällen und nach sorgfältiger Analyse der eigenen, welche man im Original näher nachsehen wolle, kommt H. zu folgender Ansicht: Die Erkrankung ist durch den Genuss des Fleisches entstanden; dasselbe stammte von einem mit grösster Wahrscheinlichkeit an Milzbrand erkrankten Thiere; die Erscheinungen waren die einer Intestinalmykose, welche sicherlich für eine Aeusserungsform der Milzbrandinfection anzusehen ist; die Milzbrandbacterien scheinen aber besonders erst dann vom Intestinaltractus aus wirksam werden zu können, wenn gleichzeitig ein noch nicht näher definirbares »irritirendes Agens« mitspielt, welches offenbar aber nur eine gewisse Zeit nach dem Tode eines kranken Thieres neben dem Infectionsstoff vorhanden ist. Dieses »irritirende Agens« ermöglicht also gleichsam erst die Infection, bahnt derselben den Weg. Mit der putriden Infection hat die geschilderte Affection keine Aehnlichkeit. — Zum Schluss werden noch einige früher beobachtete Epidemieen durch Fleischvergiftung kurz angeführt.

A. Bidder (Mannheim).

L. Miller. On Hydatids.

(Glasgow med. Journ. 1878. Vol. X. No. 3. März.)

Verf. macht Mittheilungen über das Vorkommen von Echinococcen in Tasmanien und Australien und hebt die Eigenthümlichkeit hervor, dass in einigen Gegenden vorzugsweise die Lungen den Sitz für die Hydatiden abgeben, während in anderen die Leber vorwiegend häufig afficirt erscheint. Nach diagnostischen Bemerkungen wird die Therapie besprochen, welche in Australien nur in der Punction meistens ohne, selten mit nachfolgender Jodinjection zu bestehen scheint. Verf. giebt an, dass nach einfacher Punction, wenn sich keine Tochterblasen in der Cyste befanden, und die kleine Operation in recht frühem Stadium gemacht wurde, oft dauernde Heilung constatirt werden konnte.

A. Bidder (Mannheim).

F. Esmarch. Aphorismen über Krebs[1]).

(Arch. f. klin. Chir. 1878. Bd. XXII. Hft. 2.)

E. theilt zuerst eine Reihe von 4 Fällen mit, in denen Atherome der Kopfhaut plötzlich einen bösartigen Verlauf nahmen. Ferner führt er an, dass die Psoriasis linguae oft in Krebsgeschwüre übergehe, und führt eine Reihe von Fällen an, in denen in Narben und namentlich in Lupusnarben Carcinome entstanden. Hieran schliesst er die Mittheilung von Fällen, bei welchen sich krebsige Wucherungen in alten Beingeschwüren entwickelten. — E. nimmt an, dass für derartige Geschwulstfälle Constitutionsanomalien oder Dyskrasien eine gewisse Rolle spielen. Er hat besonders Beobachtungen gemacht, dass Scrophulose häufig bei Kindern vorkomme, die von syphilitischen Eltern stammen; auch Sarcome hat er bei mehreren Gliedern in Familien gesehen, in denen inveterirte oder hereditäre Syphilis nachweisbar war. — Für andere, in manchen Familien erbliche Geschwulstformen fehlen dagegen solche Anhaltspunkte gänzlich. — In Bezug auf die Behandlung spricht E. sich selbstverständlich für möglichst zeitige Operation aus. In verzweifelten, nicht mehr operirbaren Fällen hat E. zuweilen Erfolg von der Darreichung grosser Dosen Arsenik gesehen; auch als Aetzmittel, mit Morphium zusammen aufgestreut, hat es ihm gute Dienste gethan. Gleichzeitig liess er seine Kranken die Beneke'sche Diät (möglichste Entziehung des Albumins und des phosphorsauren Kalkes) gebrauchen. — Von Electrolyse hat er nur ein Mal einen guten Erfolg gesehen. Dagegen sah er eine Reihe von sarcomähnlichen Geschwülsten und scheinbar carcinomatösen Geschwüren durch den Gebrauch von Jodkalium heilen.

Maas (Freiburg i/Br.).

L. Lereboullet. Contribution à l'étude des gangrènes sèches par oblitération artérielle, observées dans le cours de la fièvre typhoïde.

(Gaz. hebdom. 1878. No. 2 u. 3.)

Verf. beginnt mit einer historischen Skizze des Entwickelungsganges unserer Kenntnisse über die Gangraena sicca in Folge von arterieller Embolie. Der bemerkenswertheste der von ihm angeführten Fälle ist der von Hayem. Bei einem 23jährigen Mädchen entwickelte sich im Verlaufe eines typhösen Fiebers trockene Gangrän an den unteren Extremitäten. Schmerzen in den Beinen und das Aufhören der arter. Pulsation kündeten diesen Process an. Bemerkenswerth ist, dass die Symptome von Seiten des Herzens (blasendes Geräusch an der Herzspitze, das sich bis an die Herzbasis allmälig verbreitete) stets sehr schwach ausgesprochen blieben. In der 6. Woche Exitus lethalis.

Im linken Herzventrikel die Residua einer alten Myocarditis; im

---

[1]) Vortrag, gehalten am 3. Sitzungstage des VI. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, am 6. April 1877.

Ventrikel weissgelbliche, alte Gerinnsel; die Aorta von einem Gerinnsel obturirt, das von der Bifurcation bis an die Ursprungstelle der Art. mesent. inf. reichte. Der unzweifelhaft schon alte Thrombus setzte sich in die Artt. iliac. communes, iliac. ext. und internae, und in die Artt. crur. beiderseits fort.

Auch in einem 2. Falle (von Mercier), den Verf. anführt, war die im Verlaufe des typhösen Processes auftretende Gangraena sicca der Extremitäten von sehr wenig ausgeprägten Symptomen von Herzerkrankung begleitet gewesen.

Verf. gelangt sodann zur Beschreibung seines Falles, aus der wir nur hervorheben wollen, dass er einen 23jährigen Soldaten betraf, der im Verlaufe des typhösen Processes durch Gangraena sicca den rechten Unterschenkel verlor, schliesslich aber geheilt wurde. In der Erörterung der hier stattgehabten Gefässläsion kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die Art. iliac. extern. allmälig durch einen Thrombus obliterirt ward, aus welchem durch secundäre Embolie die Verstopfung der Art. tibial. antica (die Wade blieb frei von Gangrän) zu Stande kam.

Verf. erörtert sodann eingehend den Entstehungs-Mechanismus der Gangraena sicca. Stets sei sie durch arterielle Obliteration bedingt, doch handle es sich bald um eine Embolie, die plötzlich eine periphere Arterie obturirt, von wo aus sich ein Thrombus bilde, der allmälig auch die grösseren Arteriencaliber verstopfe; bald seien es kleine periphere Arterien, die einer Alteration unterliegen und secundär zur Obliteration der grossen Arterienstämme führen können; bald endlich könne eine Endarteriitis der grossen Stämme Anlass zur Bildung von Gerinnseln geben, von denen aus es zur Embolie der secundären Arterienäste kommen könne.

In ähnlicher Weise will Verf. auch für die Gangränform, wie sie im Verlaufe des typhösen Fiebers oder in der Reconvalescenz darnach zur Beobachtung gelangt, einen verschiedenartigen Entstehungsprocess annehmen. Man könne, meint er, hierbei Fälle beobachten, wo die arter. Verstopfungen von den Extremitäten her beginnen. Unter dem Einflusse der erheblichen »Abschwächung der Vitalität der Gewebe«, könne irgend ein zutretender Umstand die Coagulation des Blutes in den peripheren Arterien verursachen, die dann auf die stärkeren Gefässe weiter schreitet. In anderen — unendlich viel häufigeren Fällen — stammen die Embolien vom Herzen her (Myo- oder Endocarditis). Endlich ist Verf. geneigt, noch als dritte Entstehungsursache des genannten Processes das Auftreten von Gerinnungen in einem grösseren Arterienstamme (in Folge von Endarteriitis des betreffenden Gefässes) anzunehmen. Diese arterielle Thrombose werde gelegentlich unter dem Einflusse des Blutstromes zerbröckelt, und führe so zu secundären Embolien, wodurch alsbald in einem ganzen Gefässbezirke completer Stillstand der Blutcirculation herbeigeführt werde. In dieser Weise dürfte es auch in dem von ihm beobachteten Falle (s. oben) zugegangen sein.

Indem Verf. diese Hypothese mit aller Reserve hinstellt, glaubt er in der Häufigkeit der intra-venösen Gerinnselbildungen im Verlaufe und der Reconvalescenz des typhösen Fiebers eine gewisse Stütze für seine Anschauung zu finden. **Fr. Steiner** (Wien).

Poinsot. De la trachéotomie par le thermo-cautère.

(Bulletins de la Société de Chirurgie Tome III. No. 6. — Séance du 30. Mai 1877.)

P. giebt einen Bericht über mehrere mit dem Thermokauter ausgeführte Tracheotomien und empfiehlt denselben als das hierzu geeignetste Instrument. Nach einer längeren Einleitung über die anatomischen Verhältnisse des Operationsfeldes und die Gefahren, die das schneidende Messer mit sich führe, namentlich die Blutung, wendet er sich zum Galvanokauter. Derselbe schien anfangs den Uebelständen abzuhelfen, allein seine Anwendung scheiterte an der Unsicherheit des Apparates. Man versuchte ihn durch glühend gemachte Messer zu ersetzen, mit denen man die Theile schichtweise trennte; doch hatten dieselben den Nachtheil, dass sie zu rasch abkühlten, auch war die strahlende Wärme zu gross und wirkte auch auf entferntere Theile. Der Thermokauter von Paquelin hat diese Nachtheile beseitigt. P. hat mit demselben 6 Tracheotomien gemacht, 4 wegen Diphtheritis bei Kindern, die 1—7 Tage nach der Operation der Krankheit erlagen, bevor der Brandschorf zur Abstossung und die eigentliche Nachwirkung der Methode zur Beobachtung kam; 1 bei einer tuberkulösen Frau von 28 Jahren, 1 bei einem 14jährigen Mädchen wegen syphilitischer Larynxstenose. Die beiden letzteren überlebten die Operation so lange, dass der Verlauf der gesetzten Wunde genau beobachtet werden konnte. Bezüglich der Details der Krankengeschichten muss auf das Original verwiesen werden.

In allen Fällen liess sich die Operation sehr leicht und schnell ausführen, sie war stets in einigen, bis 3 Minuten vollendet. Die Blutung war jedesmal ganz unbedeutend und stand vor der Eröffnung der Trachea vollständig. Letztere hat P. stets mit dem Bistourie eröffnet, aus Furcht, durch das heisse Instrument Nekrose der Knorpel herbeizuführen; auch dann, wenn hierbei durch Eröffnung eines Gefässes eine Blutung verursacht wurde, gelang es ihm leicht, dieselbe mit dem Thermokauter zu stillen. Nur in einem Falle hat sich am 2. Tage eine geringe Nachblutung eingestellt, die leicht gestillt wurde; die locale Reaction soll sehr gering gewesen sein und war auch die Ausdehnung der Wunde nach Abstossung des Brandschorfes eine mässige (in dem einen geheilten Falle hatte die Wunde eine Breite von 2 cm, in dem anderen eine Breite von 4 cm, eine Länge von $5^1/_2$ cm); die Heilung war in etwas mehr als einem Monat beendet.

Um grössere Zahlen zu bringen, hat P. 35 Operationen aus der Literatur zusammengesucht, von denen 19 mit dem Galvanokauter,

16 mit dem Thermokauter gemacht sind. Bei 15 Fällen fand überhaupt kein Blutverlust statt, in 12—13 Fällen eine nur unbeträchtliche Blutung, die stets leicht mit dem Instrument gestillt wurde; in 7 Fällen jedoch war die Blutung so stark, dass zur schnellen Vollendung der Operation das Messer genommen wurde. Allerdings ist kein Kranker an dem Blutverluste zu Grunde gegangen.

Unter 29 Fällen, in denen über die Nachblutung berichtet wird, ist bei 6 Fällen zum Theil eine ganz beträchtliche eingetreten, die jedoch nie tödtlich war. Die Ausdehnung des Schorfes hängt von der Dauer der Operation ab, da mit der Länge der Einwirkung des glühenden Instrumentes auch die entfernteren Theile verschorft werden. Uebrigens giebt der Schorf noch einen guten Schutz gegen die Infection der Wunde mit Diphtheritis.

Schliesslich warnt P. davor, auch die Trachea mit dem glühenden Instrumente zu öffnen, da man mit demselben einen zu grossen Substanzverlust der Trachea verursache und vor Ansengen der hinteren Wand nicht geschützt sei, so dass leicht eine Luftröhren-Speiseröhrenfistel entstehen könne.

In dem Referate, mit welchem de Saint-Germain diese Arbeit der Gesellschaft vorlegt, weist er mit Recht die Anpreisung der Vorzüge, die der Thermokauter bei der Tracheotomie vor dem Messer voraushaben soll, zurück. Wenn unter 34 Operationen 6 starke Blutungen vorgekommen sind, so ist das eine Zahl, die bei der Tracheotomie mit dem Messer gar nicht vorkommen kann, es müsste denn der Operateur besonders ungeschickt sein; auch ist das Verhältniss der Nachblutungen 6 : 29 so gross, wie es bei der blutigen Methode nicht beobachtet ist. Was den Brandschorf und die Ausdehnung der Wunde betrifft, so können von den 6 berichteten Fällen drei nicht mitzählen, da die Kranken zu schnell gestorben sind, als dass eine Reaction eingetreten ist, unter den 3 übrigen sind 2 Wunden erwähnt, die eine mit 2 cm, die andere mit 4 cm Breite und $5^1/_2$ cm Länge; hiermit stimmen eigene und anderweitige Erfahrungen überein, dass nach Abstossung des Schorfes enorme Wunden entstehen, die zu mancherlei Besorgnissen Anlass geben können; einmal ging der Schorf durch die vordere Trachealwand hindurch und führte bei der Vernarbung zu Einsenkung derselben und Trachealstenose. Die Tiefe und Ausbreitung des Schorfes ist ganz unberechenbar; dieselbe hängt nicht von der Hitze des Instruments ab, da ja die strahlende Hitze des Thermokauter im Gegentheil sehr gering ist, sondern von der Fettentwicklung der Operationsgegend. Das glühende Instrument bringt, wie man sich bei der Operation überzeugen kann, das Fett ins Sieden und dieses dringt in das benachbarte Gewebe ein und mortificirt Alles, soweit es dringt. Uebrigens ist der Beweis, dass der Brandschorf vor Infection mit Diphtheritis schützt, noch nicht gebracht, da ja sämmtliche Kranke, bei denen die Beobachtung hätte gemacht werden können, zu früh gestorben sind.

Boeters (Berlin).

H. J. Bigelow. Lithotrity by a single operation.

(The Americ. Journ. of med. scienc. 1878. Jan.)

Bigelow entwickelt in dem Artikel seine Ansichten über die Lithotripsie, beschreibt die von ihm angewandten Instrumente und fügt 8 Krankengeschichten bei.

Er hält es im Ganzen für besser, den Stein in einer einzigen Sitzung zu entfernen. Gegenüber der Ansicht Civiale's, welcher eine Sitzung zur Verkleinerung des Steines höchstens 5 Min. dauern liess, gegenüber H. Thompson's Rath, bei dem nicht chloroformirten Kranken höchstens 2 Min., bei dem chloroformirten ein wenig länger zu operiren, ist Bigelow der Meinung, die Sitzung auf unbestimmte Zeit auszudehnen, vorausgesetzt, dass es ohne schwere Verletzung der Blase gelingt, den ganzen Stein zu entfernen. Das längere Operiren mit dem Lithotriptor, das vollständige Ausspülen der Blase sei im Durchschnitt weit weniger reizend und verletzend für die Blasenschleimhaut, als das fortwährende Reiben der zurückgelassenen Trümmer und das mehrfache Einführen der Zerkleinerungsinstrumente. Freilich müsse vorsichtig vorgegangen werden, — die Lithotripsie sei keine Operation für einen Anfänger — und man müsse gute, zweckentsprechende Instrumente besitzen, um die Blase von den Trümmern zu befreien. Die seither in Anwendung gezogenen Evacuationsapparate seien sehr unvollkommen und es erkläre sich hieraus, dass die meisten Autoren auf dem Gebiete der Lithotripsie eine künstliche Evacuation ganz oder theilweise verwürfen und sich auf die natürliche durch den Urinstrahl beschränkten.

Nach einer kurzen Belehrung über das Einführen dicker Instrumente in die gesunde oder aber durch Stricturen oder Prostatahypertrophie veränderte Urethra, beschreibt B. seinen Evacuationsapparat. Er besteht aus einem silbernen Katheter von No. 27—31 (Charrière), dessen kurzer Schnabel eine Mercier'sche Krümmung besitzt. Das Fenster ist in der Form eines mässig gekrümmten Fingernagels an der convexen Seite, ganz am Ende des Schnabels, angebracht, so dass das untere Ende des Katheters einem Simon'schen scharfen Löffel gleicht. In derselben Art hat er auch einen geraden Katheter construirt. Diese Katheter tragen am Pavillon einen Kautschukschlauch, der unten mit einem Gummiballon in Verbindung steht, wie ihn jeder Sprayapparat besitzt. Das unterste Stück des Ballons, da wo das Ventil liegt, ist von Glas, damit man den herausgepumpten Gries sieht. Die Handhabung versteht sich von selbst.

Zur Lithothripsie gebraucht B. ein dem Thompson'schen Lithotriptor sehr ähnliches Instrument, verfertigt von Collin u. Comp. Es besitzt (wie dies auch früher schon gemacht wurde) im weiblichen Arm eine Injectionskanüle, durch welche während der Operation Wasser eingespritzt werden kann.

Die am Schlusse mitgetheilten Lithotripsien wurden sämmtlich

in Narkose ausgeführt; die Sitzungen dauerten von $^3/_4$—$3^3/_4$ Stunden. Die Steine waren sämmtlich »weich«, d. h. keine Oxalatsteine.

Fall 1. 14. Dec. 1875. Alter 64 J. Symptome von Stein seit 6 Jahren. 2 oder 3 Steine von $^1/_2$—$^3/_4$ Zoll Durchmesser. Drei Sitzungen. Erste: Keine Fragmente durch Katheter entfernt. Zweite, 7 Tage später: Dauer 45 Min. in Narkose. Eine grosse Menge Fragmente entfernt durch Katheter No. 27. Dritte Sitzung, 12 Tage später: Noch einige Fragmente entfernt. Eine Woche später Pat. geheilt entlassen.

Fall 2. 15. Mai 1876. Alter 60 J. Steinsymptome seit 20 Jahren. 2 Steine von $1^1/_2$—$^3/_4$ Zoll Durchmesser. Eine Sitzung in Narkose von $1^1/_2$ Stunde. Lithotriptor 3 Mal eingeführt. 167 kleine Körner mit Katheter von No. 29 entfernt. Nachher leichte Cystitis; es gingen keine Fragmente mehr ab. In 14 Tagen wurde Pat., bei welchem eine letzte Untersuchung keine Trümmer mehr entdecken liess, gesund entlassen.

Fall 3. 6. Aug. 1876. Alter 62 J. Steinsymptome seit 18 Monaten. Mehrere Steine, nicht grösser als $^3/_4$ Zoll im Durchmesser. Pat. war an's Haus gefesselt, hatte grosse Schmerzen, musste alle halbe Stunde und öfter Wasser lassen. Prostata ungewöhnlich gross. Eine Sitzung von ca. $1^3/_4$ Stunde; Narkose. Grösse des Katheters No. 29. Später ging nur noch etwas Sand ab. Verlauf günstig; Schmerzen lassen nach; Katheter muss noch öfter eingelegt werden. Im Uebrigen Pat. genesen.

Fall 4. 14. Dec. 1876. Alter 66 J. Steinsymptome seit 2 J. Ein einziger Stein. Eine Sitzung von ca. 1 Stunde. Narkose, 111 kleine Trümmer mit Katheter No. 28 entfernt. Pat. die ersten 2 Tage wohl; dann Frost, Fieber, Schmerzen im Rücken und in der linken Hüfte (Nierengegend?). Tod am 6. Tage. Autopsie nicht gestattet.

Fall 5. 8. Jan. 1877. Alter 55 J. Steinsymptome seit 1 Jahr. Einziger Stein. Nach der ersten Untersuchung Frost. 7 Tage später wurde Orific. ext. urethr. eingeschnitten und Katheter 28—31 (Charr.) eingeführt. Stein von 10—20 mm Durchmesser. Einzige Sitzung von 1 Stunde. Narkose, Katheter zur Evacuation No. 31.

Später kein Sand, keine Fragmente abgegangen; keine Symptome von Stein mehr.

Fall 6. 21. April 1877. Alter 43 J. Einziger Stein. Nekrose des Beckens nach Zerschmetterung vor 5 Jahren. An beiden Hüften Fisteln, welche todte Knochenstücke entleerten. 6 Monate nach Verletzung Steinsymptome. Einzige Sitzung $1^1/_2$ Stunde dauernd. Narkose. Orif. ext. ureth. eingeschnitten. Grösse des Katheters No. 30. 66 Steinchen entfernt, dabei 3 kleine Knochensplitter, offenbar die Kerne der Steine. Mit dem Katheter fühlte man eine harte Stelle, an welcher die Blase mit dem Becken verwachsen schien.

4 Tage später wurde in Narkose mit dem Lithotriptor ein viereckiges Knochenstück durch die Urethra entfernt, welches zu elastisch war, um durchzubrechen. Es mass $^5/_8$ und $^7/_{16}$ Zoll. Sonst war die Blase frei von Sand und Fragmenten. Pat. geheilt entlassen.

Fall 7. 6. März 1877. Alter 54 J. Steinsymptome seit 2 J. Einziger Stein. Einzige Sitzung. Dauer 1 St. 25 Min. Narkose. Durchmesser des Steines $1^1/_4$ Zoll. Lithotriptor 3 Mal eingeführt. Dicke des Katheters No. 31. 257 Steintrümmer entfernt. Die 6 grössten Fragmente wiegen gegen 84 Gran. Der Urin entleerte während der nächsten Woche noch $2^1/_2$ Gran. Rasche Heilung.

Fall 8. 19. Aug. 1877. Alter 61 J. Dicker, schlaffer Mann mit schwachem Puls. Steinsymptome 26 Jahre. 2 Steine, einer so gross, dass es eben möglich war, den Lithotriptor zu schliessen. Alle 15 bis 20 Minuten geht der Urin ab. Drei Sitzungen. Erste Sitzung dauerte $1^1/_2$ Stunde, Narkose. Katheter von No. 28. 228 Steinfragmente entfernt. Später kamen noch 108 Stückchen mit dem Urin heraus. Zweite Sitzung nach 4 Tagen. Dauer 3 Stunden, Narkose. Katheter No. 30. 744 Körnchen entfernt; 16 gingen noch nachher ab. Keine besonderen Symptome nachträglich. Dritte Sitzung nach 5 Tagen. Dauer $3^3/_4$ Stunden in Narkose. Stärke des Katheters No. 31. 706 Steintrümmer entfernt. Die Totalsumme der getrockneten Steintrümmer betrug 1802 (welche Geduld!). 2 Wochen nach der ersten Operation wurde Pat. entlassen und konnte nach wenigen Wochen das Wasser wieder 3—4 Stunden halten.

H. Lossen (Heidelberg).

---

de Paoli. Dell' infiltrazione urinosa.

(Gaz. delle Clin. 1877. No. 12. 16. 24. 26. 28. 29. 33. 34.)

Im ersten Theile seiner Arbeit versucht Verf. den experimentellen Nachweis zu führen, dass Menzel's Ansicht, normaler Urin könne in gesunden, nicht contundirten oder entzündeten Geweben keine Gangrän erzeugen, irrig sei. Doch gelang es nur bei einem kleinen Hunde, dem 150 g eingespritzt wurden, Gangrän zu erzeugen, während die subcutane Durchtrennung und darauf folgende Unterbindung der Urethra nach Menzel's Vorgang wohl Urininfiltration, aber keine Gangrän zur Folge hatte. Verf. erklärt dies durch die grosse Verschieblichkeit der Haut des Hundes und ist der Ansicht, dass es nur darauf ankomme, eine genügend grosse Menge Urin ins Unterhautzellgewebe zu bringen, um Gangrän hervorzurufen. Beim Menschen sei die Anheftung der Haut eine straffere, als beim Hunde; daher das Auftreten von Gangrän auch bei kleineren Mengen Urin, die aber eine stärkere Spannung erzeugen. — Im 2. Theile erörtert Verf. unter ausführlicher Analyse von 19 Krankengeschichten die Verhältnisse von Urinabscess, periuretralem Abscess, Urininfiltration. Er unterscheidet als klinische Formen der Urininfiltration den

gangränösen Abscess, das Erysipelas migrans, die immediate Gangrän. Bezüglich der Therapie bringt Verf. nichts Neues.

Escher (Triest).

C. Hueter. Praktische Notizen zur Pathologie und Therapie der Krankheiten des Urogenitalapparates.

(Zeitschrift f. Chir. Bd. VIII. Hft. 2 u. 3.)

1. Die platten Katheter. — An Ausgusspräparaten, die sich H. von der männlichen Harnröhre anfertigen liess, überzeugte er sich, dass der kreisförmige Querschnitt der Ausgussmasse gegen die Pars membranacea hin quer oval wird. Dem entsprechend liess H. platte Katheter anfertigen, deren Durchschnitt einem Oval gleicht.

Ihr Durchmesser in der Breite ist doppelt so gross, als der in der Dicke; die gewöhnliche Krümmung der Katheter ist ebenso, wie die runde Form des äusseren Endes beibehalten. H. empfiehlt nach seinen Erfahrungen den Gebrauch der platten Katheter im Allgemeinen und besonders bei Prostata-Hypertrophie.

2. Zur Nachbehandlung der Urethrotomia externa, der Lithotomie und Lithotripsie. — Nach ausgeführter Urethrotomie oder Lithotomie soll die Blase und die Wundfläche noch in der Narkose durch Irrigation mit 2 %iger Carbolsäurelösung desinficirt werden; dasselbe soll nach jeder Urinentleerung durch die Harnröhre oder Wunde geschehen. Die Wunde liess H. mit einem feuchten Carbolverbande bedecken, der nach jeder Urinentleerung durch die Wunde gewechselt wurde. In einem Falle von Urethrotomie, combinirt mit Extraction von Concrementen aus der Blase und Blasenblutung wurde alle 3 Stunden, Tag und Nacht, der Verband erneuert, und dabei jedesmal durch ein in die Wunde gelegtes Drainrohr die Blase mit 3 %iger Carbolsäurelösung ausgespült; nach 6 Wochen war vollständige Heilung erzielt.

Wird auch bei der Lithotripsie die Blase nach der Operation mit Carbolsäurelösung gereinigt, so braucht in der Folge die gewöhnlich vorhandene Cystitis nicht mehr als Contraindication der Lithotripsie aufgefasst zu werden. — Vor Einführung dieser Methode verlor H. einen mit Blasenstein und Cystitis behafteten Pat. 4 Tage nach einem lithotriptischen Versuche, der Blasendiphtherie zur Folge hatte.

Der Verf. glaubt, dass unter solchen Verhältnissen der Blasenschnitt mit nachfolgender antiseptischer Behandlung indicirt gewesen wäre. —

Bei Besprechung dieses Falles stellt H. die Hypothese auf, »dass in die Steinbildung entzündungserregende Irritamente (Micrococcen) eingeschlossen sein können, welche durch die Lithotripsie frei werden und in Berührung mit der Blasenschleimhaut Cystitis bis zur Höhe der diphtheritischen Form erzeugen können.«

Woelfler (Wien).

Schinzinger. Ueber Nekrose und Caries des Calcaneus.

(Arch f. klin. Chir. 1878. Bd. XXII. Hft. 2.)

Verf. theilt zuerst 4 Fälle von centraler Nekrose des Calcaneus mit, bei denen nach Erweiterung der Fisteln und Entfernung des Nekrotischen jedes Mal schnelle Heilung eintrat. Hieran knüpft er die Mittheilung eines Falles, bei welchem nach einer Calcaneusfractur durch directe Gewalt mit nachfolgender Hautgangrän ein Stück des Knochen nekrotisch wurde. Zwei fernere Fälle zeigen, dass bei ausgedehnter Caries des Tarsus und Metatarsus der Fersenfortsatz des Calcaneus gesund blieb und die Amputation nach Pirogoff zuliess. — Von der Symeschen Operation sah Sch. keine guten Resultate; bei der Pirogoffschen hat er niemals die Tenotomie der Achillessehne gemacht.

Nachdem Verf. dann die Diagnose der Ostitis des Calcaneus besprochen und besonders für die central gelegene den diagnostischen Einschnitt empfohlen hat, führt er einige Fälle an, bei denen er die Zerstörung des Erkrankten erfolgreich mit dem Ferrum candens gemacht hat. — Zum Schluss werden die Indicationen der verschiedenen Operationsmethoden zur Behandlung der Ostitis, Caries und Nekrose des Calcaneus kurz besprochen. **Maas** (Freiburg i/Br.).

Kleinere Mittheilungen.

Cuffer. De l'Jodoforme.

(France med. 1877. No. 84.)

Verf. hebt die anästhesirende Wirkung des Jodoforms bei Fissura ani, Haemorrhoiden, Kehlkopfleiden, exulcerirten Krebsen, besonders des Gesichtes, des Mundes, der Brust und des Collum uteri hervor; ausserdem seine auf Geschwüre etc. umstimmend wirkende Eigenschaft. Bei Kehlkopf- und Uterusleiden wendet er das Jodoform in einer 10% Aetherlösung mittelst des Richardson'schen Zerstäubers an. **Viertel** (Breslau).

Teuffel. Inhalationsapparat für Anästhetica. (Mit Abbildung.)

(Würt. med. Correspbl. 1878. No. 6. p. 41.)

Verf. benutzt, um die verschiedenen bekannten Uebelstände beim Chloroformiren zu vermeiden, folgenden Apparat:

Eine hermetische Nasen- und Mundmaske, mit einem oberen, 14 mm weiten Ventil zum Luftabfluss und einem unteren, 7 mm weiten zum Zuströmen der Luft, geht in einen 50 cm langen, 1 cm dicken Kautschukschlauch über, in dem unten ein Baumwollpfropf steckt, und an dem eine U förmig gebogene Glasröhre von 20 cm Höhe und 2,5 cm Weite angehängt ist. Der dem Schlauch zunächst liegende Schenkel ist spindelförmig erweitert, der andere mit einem Gummigebläse verbunden. In den unteren Theil der Röhre kommen 60 ccm Chloroform, was zur Narkose für 2—4 Stunden ausreicht. Der ganze Apparat kann an einem Häkchen ins Knopfloch gehängt werden. (Preis desselben bei P. Henger in Stuttgart 10 *M*.) **Mögling** (Schwenningen).

Schwienhorst. Beitrag zur Behandlung des Trismus und Tetanus traum.

(Inaug.-Diss. Würzburg 1877.)

S. berichtet über einen Fall von Trismus und Tetanus nach einer Schussverletzung der Hand mit Fractur zweier Mittelhandknochen, der durch Injectionen

von Curarinum sulph. anfangend mit 0,001 und allmälig steigend bis 0,015 pro dosi geheilt wurde. **Th. Kölliker** (Würzburg).

F. Frusci. Contributo alla casistua dei tumori.

(Annali clinici dell ospedale incurabili 1877. Sept. u. Oct.)

Verf. theilt einige Fälle von Tumoren mit, von denen nur der 3. besonderes Interesse bietet.

Es handelte sich um ein Epitheliom, welches sich aus einer Aderlasswunde an der Hand entwickelte. Letztere hatte sich mit einer Phlegmone complicirt, welche eine Incision (entsprechend der Lancettwunde) nöthig machte. Diese Wunde heilte nie mehr zu, sondern degenerirte krebsig. Zur Zeit der Aufnahme war die Entartung soweit gediehen, dass zur Amputation des Vorderarms geschritten werden musste. **Menzel** † (Triest).

J. Guérin. Note sur le traitement abortif des localisations aiguës du rhumatisme articulaire et de la goutte.

(Bullet. de l'acad. de médec. 1877. No. 36. p. 951.)

In Anbetracht der ungünstigen Wirkungen des salicylsauren Natrons auf Gehirn, Lunge und Herz möchte Verf. zwei ältere von ihm oft erprobte Abortivmittel in Erinnerung bringen. Das eine ist der Tartar. stibiat. mit 2 Theilen Fett als Salbe, täglich einmal einzureiben. Nach 3—4 Einreibungen sollen die Schmerzen verschwinden. — Für Gicht mit Anschwellung, Röthe, Hitze und Schmerz um das Gelenk empfiehlt er fliegende Vesicantien. **Mögling** (Schwenningen).

Tillaux. Observation de psoriasis cutané transformé en épithélioma.

(Bullet. de la Société de Chir. Tome III. No. 6. — Séance du 23. Mai.)

T. berichtet analog den Fällen, in denen aus Psoriasis der Zunge ein Cancroid hervorgeht, einen Fall von Cancroid des Rückens, welches die gleiche Genese hatte.

Einem Kranken, bei dem vor 11 Jahren ein isolirter Fleck von Psoriasis in der rechten Sacrolumbargegend constatirt war, der anfangs stationär, nach 4 Jahren das Aussehen eines Adenom, nach weiteren 4 Jahren das eines Cancroids gewann, exstirpirte er aus jener Stelle einen hutdeckelgrossen, auf der Fascie beweglich aufsitzenden Tumor, den das Mikroskop als ein von den Schweissdrüsen ausgehendes Adenom erwies.

Bezüglich der Operation ist noch von Interesse, dass T., der dieselbe mit dem Thermokauter begonnen hatte, sich veranlasst sah, zum Messer zu greifen, da sich unter demselben so starker Rauch entwickelte, dass das Zimmer gefüllt und das Operationsfeld dadurch verdeckt wurde. **Boeters** (Berlin).

D. D. Baiardi. Asportazione totale di voluminoso gozzo iperplastico.

(Gazz. delle cliniche 1878. No. 11.)

Ein 28jähriges Mädchen leidet seit 20 Jahren an Kropf. In ihrem 18. Lebensjahr versuchte ein Chirurg die Exstirpation, musste aber nach dem 1. Einschnitt davon abstehen und konnte nur durch das Glüheisen der Blutung Herr werden. Die Wunde heilte erst nach 18 Monaten und brach überdies später noch einige Male auf. Da gleichzeitig die Symptome von Trachealstenose immer stärker wurden, machte Prof. Bottini in Pavia die Exstirpation der stark mannsfaustgrossen Struma und zwar fast vollkommen unblutig, indem nur zwischen zuvor angelegten Doppelligaturen geschnitten wurde. Das Mädchen stand trotz der 25 Massenligaturen in 10 Tagen vom Bette auf. **Menzel** † (Triest).

P. S. Canner (Ohio). Ein merkwürdiger Fremdkörper in den Luftwegen. Tracheotomie. Spontane Lösung. Aushusten, Heilung.

(The Americ. Journ. of med. sciences 1877. Oct.)

Ein 11jähriger Knabe spielte mit einem Blasrohre. Anstatt den Bolzen hinaus zu stossen, zog er ihn in die Luftröhre. Sofort Erscheinungen der Suffocation.

Tracheotomie am 2. Tage. Der Bolzen konnte von der Wunde aus nicht erreicht werden. Am 16. Tage hustete das Kind ihn aus. Vollkommene Heilung nach 2 Wochen. **H. Lossen** (Heidelberg).

Nicaise. Néphrite et infection purulente.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1878. No. 1.)

Als neuer Beweis für den grossen Einfluss den das Allgemeinbefinden auf das Verhalten von Wunden ausübt, berichtet N. über einen Fall von Contusion der Sehne des M. tibialis anticus bei einem Kranken mit interstitieller Nephritis. Es entwickelte sich eine gangränöse Tendinitis, und der Kranke ging pyämisch zu Grunde. — **Th. Kölliker** (Würzburg).

Montard-Martin. Cas d'occlusion intestinale avec péritonite consecutive à un rétrécissement cancéreux du colon. Rareté extrême des vomissements.

(France méd. 1877. No. 81.)

Eine 58jährige Frau erkrankte unter heftigen Coliken und Obstipation. Sie starb am 14. Tage der Krankheit und hatte während der ganzen Zeit keinen Stuhl, Erbrechen höchst selten gehabt. Fieber fehlte. Die Section zeigte eine eitrige Peritonitis und als Ursache der Obstipation ein 70 cm oberhalb des anus sitzendes Krebsgewächs des Colon, das einen völligen Verschluss des letzteren herbeigeführt hatte. M. erklärt das fast völlige Fehlen des Erbrechens damit, dass der Darminhalt durch die Bauhin'sche Klappe wohl in das ausdehnungsfähige Colon, von da aber nicht zurück in den Dünndarm gekonnt habe, und weist auf die diagnostische Verwerthbarkeit dieses Symptomes hin. **Viertel** (Breslau).

Ball. Entérocèle retro-péritonéale. Etranglement de l'intestin. Perforation. Mort.

(France méd. 1877. No. 94.)

Ein 27jähriger Mann, der seit 3 Jahren einen linksseitigen, durch ein Bruchband zurückgehaltenen Leistenbruch hatte, erkrankte mit Stuhlverhaltung, Schlaflosigkeit und lebhaften Leibschmerzen. Das Abdomen war aufgetrieben, in der linken Darmbeingrube eine geringe, schlecht zu begrenzende Dämpfung. Bruchpforten frei. Schmerz auf Druck gering. Da ein Magen-Darmkatarrh angenommen wird, werden Brech- und Abführmittel verordnet, worauf die Schmerzen verschwinden. Pat. begeht einen Diätfehler, worauf der alte Zustand zurückkehrt. Die Dämpfung in der linken Darmbeingrube wird auf eine Kothanhäufung im S Romanum bezogen. Pat. erbricht fortwährend, es bestehen Obstipatio alvi, heftige Leibschmerzen, Meteorismus — am 9. Tage geht Pat. zu Grunde. Die Section zeigte eine retroperitoneale Hernie von Orangengrösse; ihre Eingangspforte entsprach dem inneren Leistenring, von da nach aussen oben zwischen Peritoneum parietale und der Rückseite der Bauchmuskeln gelegen; ihr Inhalt war von einer Dünndarmschlinge gebildet, die, am Bruchsackhalse eingeschnürt, nekrosirt und perforirt war. Es fand sich etwas Darminhalt im kleinen Becken.

Viertel (Breslau).

G. B. Brown. On a dilatable tampon for use in deepseated primary and secondary hämorrhage after lithotomy.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 389.)

Muss wegen besonderer Grösse oder unregelmässiger Gestalt eines Steines der Blasenschnitt sehr gross gemacht werden, so entstehen oft Blutungen aus der Tiefe, bei denen es unmöglich ist, das blutende Gefäss isolirt zu unterbinden, oder durch die gewöhnliche Tamponade der Blutung Herr zu werden. Deshalb empfiehlt B. einen ähnlich dem Colpeurynter gebildeten, aufblähbaren Gummiballon, der um einen centralen Tubus befestigt ist; 2 Mal hat er auf diesem Wege als Assistent Thompson's heftige Blutungen leicht stillen können. Ein Holzschnitt illustrirt das Verfahren. **Pils** (Stettin).

Panas. Tumeur congénitale de la région coccygienne.

(Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie. Tome III. No. 6. — Séance du 30. Mai.)

Bei einem 7 Tage alten Kinde weiblichen Geschlechts fand sich von der Gegend zwischen After und Steissbein ausgehend ein rundlicher, glatter Tumor von der Grösse einer Orange, weicher Consistenz, nahe der Spitze in geringer Ausdehnung fluctuirend. Die Haut, an der Basis normal, wurde gegen die Spitze zu dünner, geröthet, pergamentartig, haftete hier dem unterliegenden Gewebe fest an; an einer Stelle war sie durch Benetzung mit dem Urin excoriirt; starke Venen zogen von der Basis zur Spitze. Pulsation oder Anschwellen beim Schreien fehlten.

Pat. starb 3 Tage später. Die Section ergab: die Geschwulst hatte von vorn nach hinten 17 cm im Umfang, 13 cm an Dicke, 9 cm an Breite; der Stiel war 5 cm dick. Ein Zusammenhang zwischen Wirbelcanal und dem Inneren des Tumor liess sich nicht nachweisen, derselbe schien von dem fibrösen Apparat, der das Steissbein umhüllt, auszugehen und hatte sich zum Theil ins Becken hineingedrängt. Auf dem Durchschnitte unterschied man eine rothe, markähnliche Masse und ein festeres, weisses Gewebe, in denen zahlreiche, kleinere Cysten, und im unteren Theile eine grössere, glattwandige Cyste mit klarem, fadenziehenden Inhalte sich fanden. Am hinteren Rande war eine Reihe rother, fester, rundlicher, knochenähnlicher Kerne von der Grösse eines dicken Nadelkopfes.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass von der fibrösen Cystenwand strahlenförmig fibröse Balken ausgingen, zwischen denen sarcomatöse Massen, Cystchen von verschiedener Grösse und zahlreiche Knorpelkörner eingestreut waren. Die Cysten sind mit Cylinderzellen, mit Cilien- und Becherzellen ausgekleidet, die an verschiedenen Stellen höckerige und polypöse Wucherungen in die Höhle hinein bilden. Daneben fanden sich zahlreiche freie Cylinderzellen mit Cilien, Becherzellen, runde, mit einem Kerne versehene, den Lymphkörperchen ähnliche und spindelförmige Elemente. **Boeters** (Berlin).

Adams. Spontaneous aneurysm of the arteria dorsalis pedis.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. II. p. 804.)

Ein 29jähriger Mann bekam seit einem Monate eine Anschwellung des Fusses und zeigte auf dem Fussrücken einen wallnussgrossen, alle Zeichen eines Aneurysma darbietenden Tumor. Die Anschwellung ging in der Ruhelage zurück, aber die Haut über dem Aneurysma verdünnte sich ausserordentlich. Temporärer Abschluss der Femoralis machte keinen Unterschied. Die Sorge vor nachfolgender Suppuration hielt von der Methode des Antyllus und von der Ligatur der Art. tibial. über dem Lig. annul. zurück. Die Unterbindung der Tibialis liess in dem sich verkleinernden Aneurysma den Puls erlöschen, der aber vorübergehend wieder auftrat. Als keine Consolidation im Sacke erschien, die Eiterung aus der Unterbindungswunde profuser wurde, machte man die Eröffnung des Sackes und fand, dass das Astragalo-navicular-Gelenk ebenfalls eröffnet war. Weitere profuse Eiterung und Ergriffenwerden des Fussgelenks zwangen zur Absetzung in letzterem Gelenke; Heilung. Die nachträgliche Untersuchung ergab bei der hochgradigen Zerstörung der Theile keinen weiteren Aufschluss über die Verhältnisse des Aneurysma. Adams hat keinen Fall von spontanem Aneurysma an dieser Stelle finden können, und hebt besonders die enorme Verdünnung des Sackes und die frühe Eiterung als seltenes Ereigniss hervor. **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 26. Sonnabend, den 29. Juni. 1878.

J. Appert. Der Einfluss des Chinin auf die Auswanderung der weissen Blutkörper bei der Entzündung (aus dem path.-anat. Institut von J. Arnold in Heidelberg).

(Virch. Arch. Bd. LXXI. p. 364.)

Die hemmende Einwirkung des Chinin auf die Auswanderung der weissen Blutkörperchen wird bekanntlich von Binz und Scharrenbroich durch den Einfluss des Chinin auf das Protoplasma der farblosen Blutzellen — Aufhebung der amöboiden Bewegungen, Behinderung der Neubildung — erklärt. Dem entgegen leiten Andere (Zahn, Schwalbe) dieselbe ausschliesslich aus der durch toxische Wirkung des Chinins hervorgerufenen Kreislaufsschwäche ab.

A. stellte zur abermaligen Bearbeitung dieser Frage drei Reihen von Versuchen an. Er untersuchte den Einfluss des Chinins auf frisch gelassenes (Frosch-) Blut, prüfte sodann die Einwirkung des local angewandten Chinins (im constanten Strom auf einen traumatischen Ent-

zündungsherd der Froschzunge irrigirt) und endlich den des subcutan applicirten Chinins. Was die Wirkung des Chinins auf Form und Leben der farblosen Blutkörperchen betrifft, so erhielt A. dieselben Resultate wie frühere Untersucher. Bei continuirlicher Irrigation einer Chininlösung auf einen Entzündungsherd fand sich die Auswanderung der Zellen dauernd beschränkt, die Zellen, soweit Austritt aus den Gefässen statt hat, rund, dunkel, in ihren Ortsveränderungen zweifellos gehemmt; daneben aber constatirte A. einen Einfluss des local angewandten Chinins auf Blutgefässe und Circulation selbst (beträchtliche Erweiterung derselben, Beschleunigung der Circulation in den Arterien und Capillaren. Verminderung der Randstellung der farblosen Blutkörperchen in den kleineren Venen). — Bei subcutaner Application des Chinins und Beobachtung eines Substanzverlustes der Froschzunge fand sich, dass Chinin in Dosen von ca. $^1/_{4444}$ des Körpergewichts, innerhalb 3—4 Stunden allmälig injicirt, die Auswanderung auf die Dauer von 2—3 Stunden unzweifelhaft beschränkte, ohne dass die normale axiale Anordnung des Blutstroms und Randstellung aufgehoben waren. Die farblosen Blutzellen innerhalb der Gefässe erschienen dunkel und rund, während mittlere Verminderung der Pulszahl und der Circulationsgeschwindigkeit, sowie mässige Verengerung der Gefässe statthatte. Für diese Fälle ist also entschieden die Alteration der farblosen Blutzellen durch das Chinin die Ursache der Verminderung der Auswanderung.

Stärkere Chinindosen dagegen ($^1/_{3500}$ bis $^1/_{4000}$ des Körpergewichts) verhinderten nicht nur die Auswanderung, sondern auch die Randstellung der farblosen Blutzellen vollkommen. Puls und Circulation sind bis zum Verschwinden der plasmatischen Randzone des Blutstroms verlangsamt. Diese Circulationsstörungen müssen bei Erklärung der Einschränkung der Auswanderung durch Chinin in Betracht gezogen werden.

Verf. vermochte durch die folgenden Versuche den Beweis dafür zu liefern. Die von der Zungenwurzel in die Zunge des Frosches tretenden beiden Arterien lassen sich mit Leichtigkeit in Ligaturfäden fassen. Eine Vorrichtung erlaubt diese Fäden anzuziehen und nachzulassen und damit je nach Wunsch die Compression der Arterien in grösserem und geringerem Maasse hervorzubringen. Die Compression nun bewirkt neben der Verengerung der Gefässe und Stromverlangsamung auch eine Aenderung der Anordnung des Blutstroms, und zwar, wenn sie im schwächern Grade angewandt wird, Verdünnung der rothen Stromaxe zu Gunsten der Breite der plasmatischen Randzone des Stromes, ungestörtes Auftreten von Randstellung in den engeren Venen. Wenn sie stärker angewandt wird, entsteht in den Venen höchste Stromverlangsamung, Verbreiterung des Stromes der rothen Blutkörperchen bis an die Gefässwand, Unterdrückung der Randstellung. Im ersteren Falle erleidet die Emigration weder eine Verzögerung noch eine Beschränkung, im zweiten ist die Auswanderung nahezu vollständig ausgeschlossen.

Wenn also stärkere Chinindosen dieselbe Störung der Anordnung

des Blutstromes bedingen wie starke Arteriencompression, so müssen wir auch die Hintanhaltung von Randstellung und Auswanderung in beiden Fällen in erster Reihe als Ausdruck der Circulationsstörung auffassen. **Madelung** (Bonn).

C. Binz. Ueber Jodoform und Jodsäure. (Nach Versuchen von C. Moeller.)

(Arch. für experiment. Pathol. u. Pharmac. Bd. VIII. p. 309—334.)

In neuerer Zeit ist vom Jodoform seine gelind erregende und vielleicht auch specifisch heilende Wirkung auf Geschwürsflächen vielfach gerühmt worden. B. berichtet aus der Praxis von W. Busch (Bonn) über einen Fall von Spinalirritation, der ein 11jähriges Mädchen betraf und in welchem sich Jodoform, zu 0,02 3 Mal täglich intern gebraucht, erfolgreich erwies. — Jodoform besteht zu $^9/_{10}$ seines Gewichts aus Jod; es ist nur in Alkohol, Aether und fetten Oelen löslich und in diesen Lösungen dissociirt es sich schnell, wie B. findet, indem Jod frei wird. Im Darm wie im Unterhautzellgewebe soll das Fett des Darminhaltes resp. des Körpers hinreichen, das Jodoform aufzulösen, in den Kreislauf überzuführen und dort unter Entbindung von Jod zu zerlegen. In Dosen von ca. 1,5 g pro kg Thier innerlich beigebracht, zeigt es beim Hunde narkotische Wirkung. Man kann es, mit Gummi, Oel und Wasser gut emulgirt, subcutan injiciren, ohne dass an den Einstichstellen Abscedirung folgt. — In giftiger Dosis (2—5,0 pro kg Thier) erzeugt es bei Katzen und Kaninchen acute, fettige Entartung von Leber, Herz, Nieren und Lungenalveolarepithel und tödtet unter den Erscheinungen allgemeiner Lähmung mit bedeutendem Temperaturabfall.

Jodsaures Natron ruft schon bei mässiger Gabe (0,1—0,2) bei Thieren Narkose des Gehirns hervor und beeinträchtigt die Thätigkeit des Respirationscentrum. Diese lähmungsartige Wirkung kann indess durch künstliche Respiration abgeschwächt resp. ganz verhindert werden. Grosse Dosen lähmen die nervösen Herzapparate direct, kleine Gaben zeigen keine Wirkung auf das Herz. — Zusatz von 0,5 Jodsäure zu 100 ccm Harn hält die Fäulniss auf; somit gehört die Jodsäure auch zu den Antisepticis. Binz hält dafür, dass die narkotische Wikung des Jodoform und der Jodsäure auf ihrer Abgabe von freiem Jod an die Nervencentren beruht. In Betreff der chemichen Details, die zum Verständniss der Umsetzungen des Jodoforms und der Jodsäure im Organismus angeführt werden, ist das Original einzusehen. B. resumirt schliesslich dahin, dass das jodsaure Natron in allen den Fällen, in welchen bisher andere Jodpräparate angewendet worden sind, einer therapeutischen Prüfung verlohnte. Es sind dem jodsauren Natron doch wahrscheinlich manche Erfolge eigen, welche (bei Dosen von 0,05—0,5 pro die) ihm von englischen und amerikanischen Aerzten bei den verschiedensten Neurosen (Cardialgie, Occipitalneuralgie, Ischias, schmerzhafte Uterinleiden u. s. w.) nachgerühmt werden. **J. Munk** (Berlin).

J. Arnold. Die Abscheidung des indigschwefelsauren Natrons im Knorpelgewebe.

(Virch. Arch. Bd. LXXIII. Hft. 1. 1878.)

Im Widerspruch mit L. Gerlach (Ueber das Verhalten des indigschwefelsauren Natrons im Knorpelgewebe lebender Thiere. Habilitationsschrift. Erlangen 1876) ist A. zu dem Resultat gekommen, dass das indigschwefelsaure Natron nicht blos in den Knorpelzellen sondern auch in der Intercellularsubstanz abgeschieden wird. Und zwar hat A. die körnige Abscheidung nicht erst unter dem Einfluss der Reagentien, sondern am lebenden Thiere beobachtet. A., welcher seine Untersuchungsmethoden mehrfach variirte und an verschiedenen Objecten untersuchte, um sie zu controliren, leitet die abweichenden Resultate Gerlach's daraus ab, dass letzterer nicht genügende Mengen des Farbstoffs in das Blut eingeführt habe, um dasselbe damit zu sättigen.

Die Abscheidung geschieht nach A. 1) in den Zellen in Gestalt feiner Pünktchen und Linien, die von dem Kern auszugehen scheinen, 2) in der Innenwand der Knorpelkapsel in netzförmiger Anordnung, 3) an der Knorpelkapsel in feinen, dieselbe radiär durchsetzenden, Spalten, 4) in der Intercellularsubstanz in Liniensystemen, deren Anordnung wesentlich von der Menge des Farbstoffs und der Architektur des Knorpels abhängt.

In Folge dessen nimmt A. an, dass der Farbstoff von den Gefässen des Perichondriums und Markes aus in feinen zwischen den Fibrillen gelegenen Spalten zu den Knorpelkapseln vordringt, diese in den radiär verlaufenden Spalten durchsetzt und sich dann in dem Raum, den die Zelle zwischen sich und der Innenwand der Kapsel lässt, ausbreitet. Hierdurch würden die Anschauungen, welche die histologischen Arbeiten von Tillmanns, Kühne u. A. über die fibrilläre Structur der Intercellularsubstanz und die Beschaffenheit der Knorpelkapsel begründet haben, bestätigt und zugleich die Existenz eines Saftcanalsystems dargethan, welches dem des Binde- und Knochengewebes analog eingerichtet ist. Ob die Ablagerungen in den Zellen selbst auf feinere Architektonik in denselben zu schliessen berechtigen, lässt A. dahingestellt, da er die Möglichkeit einer Täuschung zugiebt. **Gaule** (Leipzig).

S. v. Basch. Ueber den physiologischen Effect der Esmarch'schen Binde.

(Wiener med. Jahrb. 1878. Hft. 1.)

B. unternahm eine Reihe von Versuchen, um auf plethysmographischem Wege zu erfahren, welchen Einfluss die Umschnürung einer unteren Extremität auf das Volum eines ruhenden Armes besitze. Um die zum Experiment gewählte obere Extremität nicht durch die Manipulationen bei der Umschnürung zu beeinflussen, wurde

letztere stets am Bein der entgegengesetzten Körperhälfte vorgenommen. Es stellten sich nun verschiedene Werthe für die Volumveränderungen des Armes heraus, je nachdem die Untersuchung während, am Ende oder nach der Anlegung der elastischen Binde vorgenommen wurde. Während der Umwicklung des Beines zeigte sich eine Verminderung des Armvolums, für die der Verf. eine bestimmte Ursache nicht anführt. Er lässt es unentschieden, ob diese Verminderung von einer Herabsetzung des Aortendrucks oder von einer Contraction der Hautgefässe herrühre, — Momente, für die selbst erst eine tiefere Ursache gefunden werden müsste. Am Schlusse der Umschnürung zeigte sich dagegen eine beträchtliche Volumzunahme, welche stets eintrat, wenn die Touren der elastischen Binde das untere Drittel des Oberschenkels umfasst hatten. Da sich nicht annehmen liess, dass das aus dem Unterschenkel gepresste Blut durch eine vermehrte Aortenspannung und durch eine dadurch bedingte stärkere Füllung der Armgefässe eine Volumzunahme erzeuge, so wurde B. dazu gedrängt, die Ursache in einer Reflexwirkung durch den Druck zu suchen, den die elastische Binde auf eine bestimmte Stelle ausübe. Da eben in dem unteren Drittel des Oberschenkels der Nervus saphenus eine Strecke weit oberflächlich unter der Haut verläuft, so war die Vermuthung nahe gelegt, dass die Reflexwirkung auf das vasomotorische Centrum in den Bahnen dieses Nerven geleitet werde. Diesbezügliche Versuche ergaben das interessante Factum, dass nicht nur bei isolirter Umschnürung des unteren Drittels des Oberschenkels, sondern schon bei Digitalcompression des Nervus saphenus das Armvolum sich vermehrte. — Nach Lösung der Einwicklung zeigte sich meist ein rasches Abfallen des Armvolums, in einzelnen Fällen allerdings eine noch kurze Zeit dauernde Steigerung desselben.

Hack (Freiburg i/Br.).

A. Desprès. La chirurgie journalière. Leçons professées à l'hôpital Cochin.

Paris, **J. B. Baillière et Fils**, 1877.

Nach dem Muster von Callisen's Systema chirurgiae hodiernae hat sich Verf. die sehr anerkennenswerthe Aufgabe gestellt, aus dem Schatze langjähriger Erfahrungen in der praktischen Chirurgie ein Buch zusammenzustellen, welches sich ausführlich über Erkenntniss, den Verlauf und die Behandlung nicht der seltenen, sondern der alltäglich in der Hospitalpraxis und im Ambulatorium vorkommenden chirurgischen Fälle verbreitet. Den reichhaltigen Stoff seiner Mittheilungen hat Verf. in Form von klinischen Vorträgen in 46 Capiteln untergebracht, von denen die ersten, nach allgemeinen Betrachtungen über den einzuschlagenden Weg der Untersuchung, die Principien der Wundbehandlung, denen der Verf. huldigt, ausführlich wiedergeben. Ebenso ist eine grössere Zahl von Abschnitten der Behandlung der Fracturen gewidmet, während späterhin die Hernien

und die Urethralstricturen ebenfalls eine ausgedehnte Darstellung finden. In einzelnen Capiteln finden sich dann abgehandelt die Luxationen der Schulter und des Ellenbogengelenks, die Hämatome, die sogenannten heissen Abscesse, die Lymphdrüsenvereiterungen und die consecutiven Lymphorrhagieen. Die Panaritien und die Phlegmonen der Hohlhand werden besonders besprochen, ebenso die Mammaabscesse. — An das Capitel über die Nekrosen schliesst sich die Darlegung der Eitersenkungen, wie sie auch sonst im Gefolge von Knochenaffectionen auftreten. Ganz sachgemäss reiht hier Verf. die chronischen Erkrankungen der Gelenke an. Auch den chronischen Beingeschwüren ist ein besonderer Abschnitt gewidmet. — Zwischen die grösseren Abschnitte über Hernien und diejenigen über Urethralstricturen hat D. das Wesentliche über die Behandlung der Mastdarmstricturen und der Mastdarmfisteln eingeschoben. Von den Erkrankungen der weiblichen Genitalien sind der sogenannte Uterusvorfall und die Metritis chronica berücksichtigt. — Auch das Sehorgan, seine Verletzungen und seine so häufigen chronischen Erkrankungen hat Verf. dem Bedürfniss französischer Chirurgen mehr als dem unsrigen entsprechend, in vier besonderen Capiteln gewürdigt. Nun folgt noch ein Abschnitt über die Exstirpation von Mammageschwülsten, von subcutanen Lipomen und Fibromen und von Hautcarcinomen; im Anschluss hieran die Behandlung der Atherome und diejenige der Hydrocele. — Unter dem Sammelbegriff der durch Gehen und Stehen zu Stande kommenden Erkrankungen des Skelets beschäftigt sich Verf. in mehreren Capiteln mit den verschiedenen Formen des Plattfusses, mit dem Mal perforant du pied, sowie mit den mannigfachen Erscheinungen der Gelenkverstauchungen. Sodann wird der vorzeitige Ausfall der Zähne einer Besprechung unterzogen, während das Schlusscapitel, dem Anfang des Werkes entsprechend, principiellen Auseinandersetzungen über die Wirkung localer und allgemeiner Ableitungsmittel gewidmet ist. — Im Grossen und Ganzen enthält das Buch nur Allbekanntes; daneben allerdings manche neuen und beherzigenswerthen Gesichtspunkte, freilich auch manche Eigenheiten des Verf., über die sich vielfach discutiren liesse. — Es ist zu bedauern, dass Verf., sich zufrieden gebend mit den in seiner chirurgischen Thätigkeit erzielten Heilerfolgen, nicht die Gelegenheit gehabt hat, die Leistungsfähigkeit der Lister'schen Wundbehandlung auch praktisch zu prüfen. — Es ist gewiss von Belang in Bezug auf die einzelnen Phasen des Heilungsverlaufs genau die Zeitdauer festzustellen. Doch scheint D. hierbei mit fast zu grosser, fast mathematischer Genauigkeit vorgegangen zu sein. Auch figuriren in seinen Krankengeschichten die verschiedenen, oft schweren Wundcomplicationen als selbstverständliche Dinge. Nach beiden Richtungen hin würde die praktische Kritik der antiseptischen Wundbehandlung dem Verf. neue Grundsätze geliefert, dem Leser aber das Studium des verdienstvollen Werkes mehr nutzbringend gestaltet haben.

v. Lesser (Leipzig).

G. Nasmyth. Terebene as a dressing for wounds.

((Edinb. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 779.)

Verf., der noch keine Mittheilung über das in Rede stehende Mittel gefunden hat (vergl. Waddy, Centralbl. für Chir. 1877, p. 599), theilt folgende Erfahrungen mit. Das Tereben scheint mehr als die Carbolsäure die Granulationen anzuregen, benimmt jeden üblen Geruch, beschränkt die Secretion grosser Geschwüre, ist besonders für Verbrennungen der Carbolsäure vorzuziehen. Am zweckmässigsten dürfte seine Anwendung in der Landpraxis sein, wo antiseptische Verbände nicht regelrecht durchgeführt werden können. In Terebene getauchtes Lint, in mehreren Lagen angewandt, wird oft mehrere Tage ohne Wechsel liegén bleiben können, ohne dass schlechte Eiterung eintritt. Bei einer bedeutenden Schussverletzung der Hand und einer Hüftgelenksresection entsprach Terebene 1 auf 6 Ol. olivar. allen an dasselbe gestellten Anforderungen. **Pilz** (Stettin).

Haussmann. Versuche über die Wirkung des Aetzkali auf bösartige Geschwülste.

(Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk. Bd. II. Hft. 2. p. 376.)

Verf. prüfte die Einwirkung verschieden starker und verschieden warmer Lösungen von Aetzkali auf Krebsstückchen. Er fand, dass namentlich erwärmt selbst in starker Verdünnung das Aetzkali zerstörend auf die Krebselemente wirkt. 0,1 — 1,0% Lösungen wirken bei einer Temperatur von 50° C. schnell und intensiv. Epithelialkrebse werden viel leichter destruirt als Faserkrebse. Die Versuche, die im Original nachzulesen sind, ergaben, dass das Aetzmittel auch in die tieferen Schichten eindringt und ihre Albuminate dort lebensunfähig macht.

Die Anwendung des Mittels empfiehlt sich nach der Ausrottung zahlreicher Krebse, wenn man im Grunde der Wundfläche noch Krebsnester vermuthet, und bei ulcerirenden Krebsen, die zwar im Gesunden operirt werden können, wo aber eine Uebertragung von Keimen in's Gesunde gewöhnlich stattfindet. Die Anwendung kann geschehen mittelst Berieselung, oder durch Umschläge oder subcutan. Bei Krebs des Mutterhalses empfiehlt Verf. Berieselungen im Speculum mit 50° C. warmer 0,5 — 1,0 % Lösung, nach Schutz der Umgebung mit Carbolwatte. Auch bei Krebs der Brustdrüse und der äusseren Genitalien könnte man die Lösung aus einem Thongefäss allmälig herausfliessen lassen, nachdem man die Umgebung mit Gummiblättern geschützt hat.

Praktische Erfahrungen über die Wirksamkeit seines vorgeschlagenen Verfahrens scheint Verf. nicht zu besitzen.

Benicke (Berlin).

A. Doran. On certain foreign bodies embedded in the tissues without producing inflammatory symptoms.

(St. Bartholom. Hosp. Rep. Bd. XII. p. 113.)

Anknüpfend an eine eigene Beobachtung giebt D. eine literarische Ausbeute über die entzündungserregende Wirkung von Fremdkörpern auf die Gewebe. Die Beobachtung betraf ein 16jähriges Mädchen, der beim Fall von der Treppe eine dreizinkige Gabel in den Oberarm fuhr; bei der versuchten Entfernung brach eine Zinke theilweise, die beiden anderen ganz ab; 3 punktförmige Wunden wurden in der Nähe des Ansatzes des M. deltoideus gesehen, die Zinken selbst nicht gefühlt; am 10., 14 und 17. Tage nach dem Unfall wurde je eine Zinke extrahirt; keine Spur von Röthung oder gar Eiterung war aufgetreten, obwohl Pat. mit dem Arme täglich gearbeitet hatte. Mit Uebergehung der referirten Details, giebt D. folgende Schlussresultate:

1) Kleine, feine unorganische Körper können beträchtliche Zeit in den Geweben, besonders im Bindegewebe verbleiben, ohne Entzündung zu erregen, aber dieser Vorgang ist nur als Ausnahme anzusehen, sie können sehr gut Eiterung verursachen oder sich durch einen Entzündungsvorgang einkapseln.

2) Während erfahrungsgemäss Fremdkörper, wie z. B. Pflaumensteine durch Coecum und Colon nach aussen wandern können, ist bis jetzt der Beweis noch nicht geliefert, dass verschluckte Nadeln und Nägel durch Magen oder Darm gewandert an dem Bauch fern gelegenen Theilen unter der Haut zu Tage getreten seien.

3) Sichere Beobachtungen sind dagegen vorhanden, dass verschluckte Nadeln oder Nägel Monate und jahrelang im Magen gelegen, und dort sehr ernste Leiden hervorgerufen haben, ohne auszuwandern.

5) Es giebt wenige — in der Regel als Beispiele angeführte — Fälle, in welchen nach Verschlucken von Nadeln oder Nägeln solche Körper in der Nähe des Magens, z. B. unter der linken Brust in Abscessen oder Anschwellungen gefunden worden sind.

6) Die Fälle, in denen nach Verschlucken von Nadeln oder Nägeln dieselben an verschiedenen Stellen des Körpers unter der Haut gefunden worden sind, besitzen sämmtlich nicht die Wahrscheinlichkeit, dass die gefundenen Fremdkörper mit den verschluckten identisch sind. **Pils** (Stettin).

W. M'Ewen. On antiseptic osteotomy.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 449.)

Durch Volkmann's Publicationen angeregt, führte Verf. die erste Osteotomie im Jahre 1875 wegen spitzwinkliger Ankylose im Kniegelenke bei einem 7jährigen Mädchen aus, indem er aus der Vorderseite des Oberschenkels einen Keil entfernte, die hintere stehen gebliebene Partie durch Geraderichten des Beines durchbrach und

schnelle Heilung im gefensterten Gypsverband erreichte; die Function wurde recht gut. — Die 2. Operation betraf doppelseitiges Genu valgum bei einem 18jährigen Burschen; der Condyl. int. fem. war 1" länger als der äussere; die Keile wurden an der Innenseite des Condylus nahe dem Gelenk entfernt; leichte Eiterung trat beide Mal ein; gute Stellung, gute Function wurde erzielt. — Mit demselben Erfolge wurde das gleiche Verfahren beim einseitigen Genu valg. eines 7jährigen Mädchens angewandt, während in einem zuletzt operirten Falle, da der Condyl. int. nicht übermässig verlängert war, sich Verf. begnügte, eine entsprechend breite, zur Tiefe sich mehr und mehr verschmälernde Rinne auszumeisseln. Verf. macht, gestützt auf Leichenexperimente, darauf aufmerksam, dass, da man hart am oberen Ende des Condyl. operirt, man so den Meissel führen müsse, dass er die hintere Wand mit durchdringe, damit sie nicht abspringe oder durchbrochen werden müsse, weil dann gewöhnlich eine ins Gelenk gehende leicht schräg gestellte Längsfractur an dem einen Fragment hinzukomme. — **Pils** (Stttin).

Kocher (Bern). Die Lister'sche Behandlung bei der Ovariotomie.

(Sep.-Abdruck aus dem Corr.-Blatt für schweiz. Aerzte 1875. No. 14.)

Von den ersten 5 Ovariotomirten starben 3 (2 im Inselspital, zwei sehr schwere Fälle ausserhalb genasen), von den zweiten fünf streng gelisterten nur eine Patientin, bei der in Folge einer Punction eine acute Verjauchung des Cysteninhalts aufgetreten war (Ovariot. necessitatis); das andere Ovarium faustgross, kystomatös. Auch unter den geheilten war eine Ovariot. dupl.; dabei starke Adhäsionen, viele feste Massen; Verlängerung des Schnittes 8 cm über dem Nabel. Ein geheilter Fall war eine acute Spontan-Vereiterung; Behandlung wie bei Struma cyst. Vernähung mit der Bauchwand.

K. betont langsames Operiren im Gegensatz zu Spencer Wells; dann sorgsame Blutstillung, Unterbindung, nicht Zerreissung der Adhäsionen (doppelt mit Catgut); auch wandte K. stets die extraperitoneale Stielbehandlung an; bei Ovariot. dupl. zwei Klammern. Den hauptsächlichen Fortschritt aber sieht Verf. im Gegensatz zur blossen »minutiösen« Reinlichkeit in der Durchführung der stricten Antisepsis, speciell in der Anwendung des continuirlichen Spray, der Stielrest wird mit conctr. Carbolsäure geätzt. Die prophyl. Drainage wird mit Recht bei der Antisepsis verworfen und betont, dass die tödtliche Peritonitis nicht immer mit flüssigem Exsudate einhergehen müsse.

Derselbe. Bericht über eine dritte Serie von 5 Ovariotomien.

(Ibidem. 1877. No. 7.)

Strenge Antisepsis; nur 1 Fall † (doppeltes Dermoidkystom mit Hineinwachsen eines Carcinomknotens in die Blase; Blasennaht.

Tod nach 24 Stunden, ausgedehnte eitrige Infiltration der Subserosa; K. würde die Exstirpationswunden von Knoten in Zukunft mit Zinkchloridlösung cauterisiren). 1 Mal trat ein nach 14 Tagen in die Scheide perforirendes Exsudat zwischen Uterus und Blase auf. — Den übrigens gelegentlich 1—2 Stunden dauernden Spray nimmt K. nur 1:100 trotz Lister's Vorschriften; denn auch so kamen ausnahmslos leichte Carbolintoxicationen vor, hartnäckiges Erbrechen, so dass die ersten Tage die Ernährung nur durch Lavements statt hatte. — 2 hübsche Illustrationen zur Entstehung adhäsiver Peritonitis gaben 1 Fall von spontanem Platzen einer kleinen Cyste, ein andermal das Offenbleiben einer Punctions-Oeffnung. Aus letzterem Factum verwirft K. auch die diagnostische Punction, da die hohe Rectum-Untersuchung Zweifel über den Ausgangspunkt des Tumors beseitigt. Es muss sich, nach K.'s Meinung, der »Arzt bei den heutigen Resultaten der Radicaloperation von vornherein entscheiden, ob er die Behandlung mit Punctionen beginnen und dabei bleiben will, oder ob er unter Vermeidung jeder Punction sich der Radicaloperation zuwenden will.«

Derselbe. Eine 4. Serie von 5 Ovariotomien nebst Bemerkungen über die Genese der adhäsiven Peritonitis.

(Ibidem. VIII. 1878. No. 3.)

Diese heilten sämmtlich und meist rascher, als die früheren, so dass also von 15 gelisterten Fällen nur 2 starben. K. erinnert daran, dass Spencer Wells beim 7. und 8. Hundert seiner ohne einen Tropfen Carbolsäure geheilter Ovariotomien noch je 24 Todesfälle hatte, während Olshausen auf 73 antiseptische Fälle verschiedener deutscher Operateure nur 18% † gefunden hat. »Gerade die Erfolge der Antisepsis bei der Ovariotomie sind geeignet, einem Zweifler die Augen über diesen segensreichen Fortschritt zu öffnen.« — **Pauly** (Posen).

C. Ruge und **J. Veit.** Zur Pathologie der Vaginalportion, Erosion und beginnender Krebs.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. II. Hft. 2. p. 415. Auch als Monographie im Verlag von **Ferd. Enke** in Stuttgart erschienen.)

Zweifel an der Richtigkeit der bisherigen anatomischen Schilderungen der Erosionen der Vaginalportion veranlassten die Verff. zu ihren mit der grössten Sorgfalt und Genauigkeit ausgeführten Untersuchungen. — Nach einer geschichtlichen Uebersicht der Beurtheilung der verschiedenen Veränderungen an der Portio durch die verschiedenen Autoren, als deren Resultat sich ergiebt, dass alle als Erosion eine Abschilferung des Epithels nehmen, worauf dann verschiedene Veränderungen folgen: Affection der Papillen, Ulcerationsprocesse, Veränderungen allein der Follikel, kommen die Verff. zu einer ganz anderen Auffassung. Nirgends fanden sie bei den ver-

schiedenen Formen der Erosionen eine Abrasion des Epithels, sondern stets ein einschichtiges Cylinderepithel, das scharf oder allmälig in das normale Plattenepithel überfling. Ferner fanden sich Einsenkungen in das Gewebe, auch mit Cylinderepithel ausgekleidet, die man bisher für gewucherte Papillen hielt, die aber durch Einsenkung des Cylinderepithels entstehen. So bilden sich kleinere und längere, oft verzweigte Drüsencanäle, die am Ende rundlich anschwellen können. Die einzelnen Arten der Erosionen (einfache, folliculäre, papilläre) sind nicht wesentlich, sondern nur quantitativ verschieden, überall handelt es sich um Neubildung von Drüsen.

In Betreff des in neuester Zeit so vielfach besprochenen Ectropiums der Muttermundslippen sind Verff. der Ansicht, dass erst die drüsige Degeneration des Ectropiums ihm seine pathologische Bedeutung verleihe.

Die Entstehung der Erosionen ist demnach so aufzufassen, dass ein Reiz der Portio das Rete Malpighi selbst in seinem Charakter verändert; die Retezellen treiben jetzt Fortsätze in die Tiefe und bewirken den Zerklüftungsprocess der oberflächlichen Schichten der Portio.

Prognostisch muss man erwägen, dass es sich um wirkliche Drüsenneubildung handelt, die recidiviren, ja die nach einzelnen Beobachtungen auch einen malignen Charakter annehmen kann.

Therapeutisch wird es sich um Zerstörung der neugebildeten Drüsen handeln, entweder durch die verschiedenen Aetzmittel, — bei hyperämischen Zuständen empfehlen sich Scarificationen — oder durch Amputation der Portio. Der Emmet'schen Operation des Ectropiums messen Verff. keinen grossen Werth bei, sie legen den Nachdruck auf die von der Formveränderung des Cervix wohl unabhängige Erkrankung der Schleimhaut.

Im zweiten Abschnitt theilen Verff. ihre Untersuchungen über das Carcinom der Portio, besonders in seinem Anfangsstadium mit. Verff. gelangen zu dem Resultat, dass an der Portio 2 Arten von Carcinom zur Beobachtung kommen, die eine, welche meist eine bindegewebige Entstehung hat, und die andere, wo der Krebs aus Epithel und zwar aus Drüsenepithel besteht, also die glanduläre Form. Seine Entstehung aus dem Oberflächenepithel konnte niemals sicher beobachtet werden. In diagnostischer Beziehung wird die Schwierigkeit der Erkennung des beginnenden Carcinoms betont; die von Spiegelberg angegebenen Merkmale (Härte, Unverschiebbarkeit der Schleimhaut) passen für die frühen Stadien nicht, ja Verff. gestehen zu, dass keiner der von ihnen untersuchten, beginnenden Krebse makroskopisch einen wesentlichen Unterschied von den mehr gutartigen Veränderungen darbot. Zur exacten Diagnose ist die mikroskopische Untersuchung erforderlich, und behufs derselben wird gerathen, die methodische explorative Excision als das wichtigste Erkennungsmittel für alle malignen Vorgänge der Vaginalportion in die Diagnostik einzuführen.

5 Tafeln von sehr gelungenen, lehrreichen Abbildungen erleichtern dem Leser noch das Verständniss der an sich schon mit grosser Klarheit geschriebenen Arbeit. **Benicke** (Berlin).

Johnen (Düren). Oberschenkelexarticulation bei einem siebenjährigen Knaben.

(Correspondenzbl. des ärztl. Vereins im Rheinland 1877.)

Nach Ausführung der Hüftgelenkresection an einem 7jährigen, sehr herabgekommenen Kinde zeigte sich die ganze Markhöhle des Femur bis hinab zur Epiphyse des unteren Endes mit dickem Eiter gefüllt. Der Schaft bildete nur eine dünne zerbrechliche Hülse. Deshalb wird zur Wegnahme des ganzen Schenkels geschritten. Der Esmarchsche Schlauch war bereits zur Ausführung der Resection so umgelegt, dass er der Inguinalfalte folgend so hoch hinaufstieg, dass er fast das Labium externum des Hüftbeinkammes erreichte und dort von der Hand eines Gehülfen fixirt wurde. Der Resectionsschnitt wurde so weit nöthig verlängert, auf denselben, wie bei hoher Amputation, ein Cirkelschnitt geführt, der Oberschenkel aus den Weichtheilen ausgeschält. Etwa 10 Unterbindungen waren nöthig. Der Blutverlust bei der ganzen Operation betrug nur wenige Esslöffel. Charpieverband. Heilung fast ganz per primam. Nur 7 Tage Abendtemperatur 39—40,2.

J. referirt, anschliessend an diesen Fall, über die vortrefflichen Resultate, die er in seinem kleinen (ca. 80 Betten haltenden) Hospital ohne Lister'sche Behandlung erreicht. Amputationen des Oberschenkels 7; des Oberarms 5; des Unterschenkels 17; des Vorderarms 4; Exarticulationen des Oberarms 1; nach Pirogoff 1; nach Lisfrank 2; der Hand 1. Sämmtliche Operirte wurden geheilt mit Ausnahme von 3 Unterschenkelamputirten, von denen 2 an Trismus, 1 an Nachblutung starben und einem Vorderarmamputirten, der an (Säufer-) Schwäche starb. Ebenso heilten 49 Verletzungen durch Maschinen, mehrere Nekrotomien, zwei Pseudarthrosenoperationen, mehrere Resectionen aus der Continuität der Knochen, ein Schuss durch das Kniegelenk ohne antiseptischen Verband. Von 2 Ovariotomien verlief eine mit Lister'schen Cautelen (?) operirte tödtlich. **Madelung** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

P. Gillette. Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris.

(Paris, **J. B. Baillière et Fils**, 1877.)

Aus den verschiedenen Pariser Hospitälern hat Verf. eine grössere Zahl von Krankengeschichten über chirurgisch interessante Fälle gesammelt, um dieselben in Form von klinischen Vorträgen in der Union médicale zu veröffentlichen. Die im Laufe von 4 Jahren gesammelten Aufzeichnungen, bereichert durch ausführliche Mittheilung der von den verschiedenen Chirurgen befolgten Principien der Behand-

lung bilden den Inhalt obengenannten Werkes. Die Aufzeichnungen haben um so mehr an Werth gewonnen, gegenüber der ersten Art ihrer Veröffentlichung, als sich Verf. vielfach bemüht hat, den weiteren Verlauf der einzelnen Fälle zu verfolgen und wenigstens an einzelnen Stellen den Enderfolg zu controliren. —

v. Lesser (Leipzig).

Diphtheria conjunctivae bulbi. Mittheilung aus der Augenheilanstalt in Ludwigsburg.

(Württ. med. Corresp.-Blatt 1878. No. 2. p. 13.)

Ein Wundarzt, 35 Jahr alt, kräftig und gesund, hatte am 8. Januar 1878 Abends bei einem Kind mit Rachendiphtherie local therapeutisch eingegriffen, wobei ihm Secret ins Gesicht gehustet worden war. Schon nach 12 Stunden war sein rechtes Auge entzündet, schmerzhaft, lichtscheu. Befund nach 36 Stunden: oberflächliche, gleichmässig diffuse Röthung der Conjunct. bulbi, reichliche Secretion von trüber, mit fetzigen Gerinnseln gemischter Flüssigkeit, am Rand der Cornea ein grosses Geschwür, zwei noch grössere und etliche kleine mehr central auf der rauchig trüben Cornea. Lider heiss und leicht geschwollen. Lichtscheu, heftiger Stirn- und Kopfschmerz. Linkes Auge frei. Behandlung: Einträufelung von Eserin. sulf. perf. neutral. 0,06 auf 6,0 aqu. 6—8 Mal täglich, heisse Salicylwasserumschläge, Auswaschen mit Salicyllösung 1:300, leichte Abführmittel, dunkles Zimmer.

Nach weiteren 36 Stunden Besserung rechts, dagegen ist das linke Auge in ähnlicher, wenn auch leichterer Weise erkrankt. Behandlung dieselbe. Eserin nach 3 Tagen nicht mehr ertragen, daher mit Atropin 0,1 : 15,0 vertauscht.

Patient wird am 15. Jan. mit der Weisung entlassen, die Atropineinträufelungen und Umschläge noch fortzusetzen.

Am 20. Jan. findet man an Stelle der Geschwüre kleine gelbliche Flecke und nur noch einige Lichtscheu. **Mögling** (Schwenningen).

F. Valeriani. Estirpazione completa della parotide.

(Gazz. delle cliniche 1877. No. 48.)

Verf. operirte eine 41 Jahr alte Frau an einer Mischgeschwulst der Parotis (Binde-, Schleim-, Knorpel- und Drüsengewebe). Es wurde hierbei der N. facialis und die Carotis externa durchschnitten. Die Frau wurde geheilt. Darauf ergeht sich V. des Weiten, um zu beweisen, dass er wirklich die ganze Parotis exstirpirt hat. (Es ist in Italien die Streitfrage überaus beliebt, ob die vollkommene Exstirpation der Parotis möglich sei oder nicht. Ref.). **Menzel** † (Triest).

Decaisne. Pleurésie gauche; thoracocentèse; anesthésie par le chloral.

(Gaz. méd. de Paris 1878. No. 5.)

Um Kinder bei der Thoracentese zu narkotisiren, wird Chloral empfohlen (Chloroform ist wegen der Dyspnoe nicht anwendbar). Im mitgetheilten Fall genügten 1 g, um bei einem $6^1/_2$jährigen Mädchen einen 13stündigen Schlaf hervorzurufen.

Th. Kölliker (Würzburg).

A. Fili. Sopra un caso di rottura del cuore.

(Gazzetta clin. di Palermo 1877. (Fasc. I. II. III.)

Ein 16jähr. Bursche fiel von bedeutender Höhe auf gepflasterten Boden und blieb augenblicklich todt. Bei der Section fand man eine complicirte Fractur des linken Femur und eine Zerreissung des linken Ventrikels entsprechend seiner obern Hälfte. — Rippen, Sternum und parietales Pericardium waren intact. Das Herzfleisch war etwas verfettet. **Menzel** † (Triest).

Schütte. Ueber die amyloide Degeneration der Leber.

Inaug.-Diss. Bonn 1877.

Nach einleitenden historischen Bemerkungen über Entwicklung der Anschauungsweisen über amyloide Degeneration, führt Verf. seine histologischen Untersuch-

ungen an, die er vorgenommen, um den Streit zu lösen, ob die amyloide Substanz in der Leberzelle selbst deponirt sei (Birch-Hirschfeld, Rindfleisch und Hertz) oder in den Gefässen, und kommt zu der Entscheidung, dass innerhalb der Acini nur eine Auflagerung von amyloider Masse auf die Capillarwandung existire, ausserhalb der Acini die Arterien und das Bindegewebe, niemals aber das Epithel der Gallengänge amyloid entarte. **v. Mosengeil** (Bonn).

Paulet. Deux cas de lithiase urique, avec coliques néphrétiques et déviation spasmodique de la taille, pris et traités pour un mal vertébral de Pott.

(Bullet. de la Société de Chir. Tome III. No. 5. Séance du 23. Mai.)

P. berichtet über 2 Fälle von Nierensteinkolik, die eine Erkrankung der Wirbelsäule vortäuschten, so dass beide Patienten längere Zeit darauf hin vergebens behandelt wurden.

1) Knabe von 10 Jahren, längere Zeit an Wirbelcaries behandelt, klagte über Schmerzen im Leib und Nierengegenden, bot eine leichte Krümmung der Brustwirbelsäule mit der Concavität nach rechts, ohne compensatorische Biegung im Lendentheil; der erste Lendenwirbelfortsatz sprang etwas nach hinten vor; nirgends Empfindlichkeit der Wirbelsäule, dagegen Druck auf die rechte Lumbargegend sehr empfindlich; kein Congestionsabscess nachzuweisen. Der Urin enthielt einen starken Bodensatz von Uraten.

Bei der in dieser Richtung eingeleiteten Behandlung wichen Schmerzen, sowie Verkrümmung der Wirbelsäule gleichzeitig mit dem Klarwerden des Urins in kurzer Zeit.

2) Knabe von 11 Jahren hatte seit Jahren dieselben Klagen über Schmerzen in der Nierengegend, zu denen allmälig eine Verkrümmung der Wirbelsäule hinzutrat, so dass er mehrfach an Caries der Wirbelsäule behandelt war und 1½ Jahr in Rückenlage fest gelegen hatte. Derselbe konnte weder gehen nach stehen. Es fand sich eine Krümmung der Wirbelsäule nach links, geringe Prominenz der beiden letzten Brustwirbel, dagegen keine Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule, wohl aber hochgradige Empfindlichkeit der linken Nierengegend schon bei mässigem Drucke. Urin war sehr reich an Uraten. Eine diesbezügliche Behandlung führte zur raschen Besserung aller Symptome. **Boeters** (Berlin).

Th. Chambers. Ovariotomy; laceration of the bowel; recovery.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 312.)

Eine 37jähr. Frau, Mutter von 5 Kindern, bekam im letzten Jahre, als das jüngste Kind noch an der Brust war, angeblich eine heftige Darmentzündung; in dieser Zeit bemerkte sie eine Anschwellung über der Blasengegend, die auf Druck sehr empfindlich war; die Diagnose einer Schwangerschaft resp. einer extrauterinen wurde von mehreren Aerzten als wahrscheinlich gestellt. Pat. war jetzt äusserst abgemagert; neben Ascites fand sich ein unregelmässiger Tumor in der Mitte des Bauches vor. Die Vaginaluntersuchung ergab, dass sich ein fester grosser Tumor an die Beckenwand anlehnte und den Uterus gegen die Wirbelsäule anpresste. Es bestanden Menses, verbunden mit viel Schmerzen und Erbrechen. Bei einem Brechacte fühlte Pat., dass etwas im Bauche barst. Da aber keine bösen Erscheinungen nachfolgten, so gab man der Auffassung, dass eine Ovarialcyste geborsten sei, nicht Raum, obwohl die Contour des Tumors jetzt geändert erschien. Wie früher beschlossen, wurde jetzt die Ovariotomie gemacht; 6″ Darm war zwischen 2 vorspringenden Partien des Tumors eingeschlossen. Die Ablösung war sehr mühsam. Der Stiel wird in gewohnter Weise mit Spencer Wells' Klammer aussen befestigt, nachdem ein 2″ langer Riss im Darm mit Catgut vereinigt worden. Es stellte sich heftiges Erbrechen ein, das durch subcutane Injection von Morphium sofort beseitigt wurde. Am 6. Tage Abfall des Fiebers, am 8. Stuhlentleerung; Pat. wird am 35. Tage entlassen. Am 55. Tage traten heftige Leib-

schmerzen auf, in der nächsten Stuhlentleerung bemerkte Pat. einen länglichen, kleinfingerdicken Gegenstand vom Aussehen geformten Rahmkäses. Neuerdings hatte auch Barnes das Unglück, bei einer Ovariotomie den Darm einzuschneiden, Catgutligatur. Heilung. **Pilz** (Stettin).

W. Wilson. A case of inversion of the uterus of sixteen months duration successfuly treated by operation.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 907.)

Bei der ersten Entbindung einer 21jährigen Person war angeblich die Entfernung der Nachgeburt schwierig; 3 Wochen später erfolgte beim Stuhldrange ein Heraustreten eines Organtheils aus der Vulva, das leicht zurückgedrängt werden konnte; seitdem besteht häufiges Drängen, Urinbeschwerden, etwas Blutung und Schmerzen im Kreuze. Die Untersuchung ergab in der Vagina einen hühnereigrossen, anscheinend an der vorderen Muttermundslippe anhaftenden Polypen, dessen Entfernung der mehrfach aufgetretenen Blutungen wegen endlich gestattet wurde. Beim Beginne der Operation erkannte W., dass er es mit einem invertirten Uterus zu thun habe; die forcirte Taxis durch 14 Tage angewandt, ebenso der Druck durch mit Luft gefülltes Pessarium blieben erfolglos. Nach Barnes Vorgange machte W. in der Narkose an der einschnürenden Stelle des Os uteri int. 3 seitliche $^3/_4$'' lange und $^1/_4$'' tiefe Incisionen; leichte Reduction, geringe Blutung. Abends etwas Erbrechen, dann normales Verhalten. Mit Duncan giebt W. an, dass er beim Zurückbringen des Uterus deutlich Einreissen des Uterusgewebes gefühlt habe. **Pilz** (Stettin).

G. Simon. Successful operation of a very large vesico-vaginal fistula occuring in a child eight years of age.

(Edinb. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 684.)

Duncanson berichtete in der geburtshülflichen Gesellschaft zu Edinburgh über folgenden Fall, den er zu Heidelberg zu beobachten Gelegenheit gehabt hatte. Ein 8jähr. Mädchen litt an grossem Blasensteine, der das Vaginalgewölbe grösstentheils durchbohrt hatte. Der Enge der Theile wegen musste der Stein in der Vagina zerbrochen werden; die gesammelten, extrahirten Fragmente wogen 45 g. Die Oeffnung im Vaginalgewölbe betrug $5^1/_2$ cm in der Länge und an einer Stelle 1 cm Breite. Sie begann nach rechts von der Mittellinie gelegen 1 cm unter der Harnröhre, reichte bis nahe an den Muttermund und ging im rechtwinkligen Knie mit einem kurzen Schenkel nach links. Die Blasenschleimhaut war etwas vorgedrängt; in der Tiefe konnte man deutlich die rechte Ureterenmündung erkennen. Die Ränder der Spalte waren ausserordentlich dünn. In der ersten Sitzung wurde nach Simon's Methode die obere Hälfte zum Verschluss gebracht; die mühsamere Operation der zweiten Sitzung verschloss den Defect bis auf eine kleine Fistel. Die Operation dieser Fistel wurde aber von Diphtheritis gefolgt, so dass nach 2 Monaten noch ein Defect bestand, durch welchen man den Zeigefinger in die Blase einführen konnte. $1^1/_2$ Jahr später operirte S. die von der Urethra bis zum Os uteri gehende Fistel, welche er bis auf eine feine Oeffnung gänzlich schloss. In einer letzten Operation gelang es S. auch diese Oeffnung zu schliessen. Leider trat aus dem nothwendig gewordenen Entspannungsschnitt eine heftige Nachblutung auf, deren Stillung durch directe Compression gelang. Verf. legt grossen Werth auf S's. schräge Anfrischung und Nichtliegenlassen des Katheters. — Ist schon Steinbildung bei Mädchen sehr selten, so ist das Durcheitern eines Blasensteines noch seltener, ein Unicum aber der operative Verschluss einer Blasenscheidenfistel im Kindesalter. Von den nach vaginaler Lithotomie entstandenen Blasenscheidenfisteln von Fergusson und Paget (Leicester) erwähnt D., dass bei denselben die Operation keinen Erfolg gehabt hatte.

Pilz (Stettin).

Charles Hunter. Benutzung des Hoden zur Radicalcur einer Leistenhernie.

(The Americ. Journ. of the med. science 1878. Jan.)

Mr. P., 22 Jahr alt, ein junger Mediciner, zog sich vor 6 Jahren durch eine heftige Anstrengung einen rechtseitigen Leistenbruch zu. Die verschiedenartigsten Bruchbänder waren nicht im Stande, die Hernie vollständig zurückzuhalten; immer glitten Theile des Inhaltes wieder hinter der Pelotte hervor. Nach dreijährigen vergeblichen Versuchen liess P. jegliche Bandage weg und suchte mit der in der Hosentasche verborgenen Hand den Bruch zurückzudrängen und zu halten. Bei dieser Gelegenheit bemerkte er, dass der leicht bewegliche rechte Hode sich vollständig in den äusseren Bruchring schieben liess und hier wie ein Pfropf den Bruch zurückhielt. Er machte dieses Manöver öfters, liess sich in seine Hosen eine lange Tasche machen und drückte während des Sitzens sowohl, wie während des Stehens und Gehens den Testikel gegen die Bruchpforte. Nach Jahresfrist hatte dieses eigenthümliche, consequent durchgeführte Verfahren zu des Pat. grossem Erstaunen eine Fixation des Hodens am äusseren Leistenringe zur Folge und der Hode bildete nunmehr eine feste Barriere gegen den herabdrängenden Bruch. Bis hierher ging alles gut, der oft und immer längere Zeit maltraitirte Hode ertrug die Behandlung. Aber die Sache hatte auch ihre Kehrseite. Herr P. acquirirte sich eine Gonorrhoe und der im äusseren Leistenringe fixirte Hode war bei der nun folgenden Entzündung in Folge der Raumbeengung sehr schmerzhaft.

H. hatte Gelegenheit nach diesem Zwischenfalle den Hoden des Herrn P. zu untersuchen und fand ihn thatsächlich befestigt zwischen den Pfeilern des äusseren Leistenringes. Der Bruch wurde vollständig zurückgehalten und der Impuls beim Husten war ein sehr geringer. **H. Lossen** (Heidelberg).

Davies-Colley. Aneurism of the ulnar artery, ligature of the brachial artery; recovery.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 347.)

Der 25jährige Mann, von Kindheit an herzleidend, bemerkte seit 3 Monaten eine Schwellung im oberen Theile des rechten Vorderarms, welche nach Fomentationen verging. Vor 10 Tagen trat eine ähnliche, schmerzhafte Anschwellung im oberen Theile des linken Vorderarmes auf, die langsam aber stetig zunahm; jetzt ist die geröthete, nicht ödematöse Schwellung nicht scharf abgegrenzt, und hat bei genauer Beobachtung pulsirende Expansionen. Die Radialis pulsirt normal, die Ulnaris ist pulslos; die Circumferenz des Armes beträgt $1^3/_4''$ mehr, als auf der gesunden Seite; das Herz ist hypertrophisch; systolisches und diastolisches Geräusch an der Aorta, systolisches an der Mitralis. Die versuchte starke Flexion wird nicht vertragen; neben Digitalis wird 7 Tage lang durch 12 Stunden Digitalcompression angewandt mit dem Erfolge, dass der Tumor etwas fester, die Pulsation schwächer wird, der Umfang nahm jedoch bis auf $11^3/_8''$ zu. Da auch dieses Verfahren dem Kranken zu schmerzvoll wurde, so machte Verf. antiseptisch die Ligatur der Brachialis; prima reunio trat nicht ein, erst am 22. Tage bemerkte man Puls in der Radialis, die Circumferenz des Arms war bis auf 9" herabgemindert; schliesslich war jede Spur des Aneurysma geschwunden, der schmerzlose Arm vollkommen brauchbar. Wie in den bekannt gewordenen seltenen Fällen von spontanen Aneurysmen des Vorderarmes bestand auch dieses Mal ein Herzleiden und Verf. will die Entstehung des Aneurysma mit einem festgekeilten Embolus in Zusammenhang bringen; die tiefe Lage des Aneurysmas hielt ihn ab, nach Antyllus' Methode die Heilung zu versuchen. **Pils** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Probenummer.



Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. Dr. M. Schede, in Berlin. Dr. H. Tillmanns in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 27. **Sonnabend, den 6. Juli.** **1878.**

Eine neue Nadel zur Anlegung der blutigen Naht.

Von

Professor Dr. V. v. **Bruns** in Tübingen.

Bei allen Oehrnadeln, mag deren Oehr an dem stumpfen oder spitzen Ende der Nadel gelegen sein, mag dasselbe permanent geschlossen oder zum Oeffnen und Schliessen eingerichtet sein, findet sich der Uebelstand, dass der durch das Oehr gelegte Faden bei der Anwendung der Nadel nicht einfach, sondern gedoppelt und zwar mit seiner Knickungs- und Umbiegungsstelle voran durch den Stichcanal hindurch gezogen wird. In Folge hiervon ist bei dem Eintreten der Fadenschlinge in den Stichcanal ein gewisser Widerstand zu überwinden, der allerdings bei sehr dünnen und weichen Fäden und bei Nadeln mit breiter Spitze nicht oder kaum bemerkt wird, der aber um so grösser ausfällt, je kleiner die stechende Spitze der Nadel und je dicker der eingelegte Faden ist. Noch mehr wird der Widerstand erhöht, wenn der Faden zugleich eine gewisse Steifheit besitzt, so

dass er sich, in das Oehr der Nadel eingelegt, an dieser Stelle durch einfaches Anziehen der beiden Enden nicht scharf knicken und glatt zusammen legen lässt, wie dieses namentlich bei den sogenannten Seegrasfäden und bei dem Catgut der Fall ist. Bei diesen beiden Stoffen und besonders bei den dickeren Catgutfäden hat man dieselben nach dem Einfädeln immer erst noch länger mit den Fingern zusammen zu drücken etc., bis deren Enden an der Knickungsstelle glatt und dicht zusammen liegen.

Zur Beseitigung des geschilderten Uebelstandes habe ich neuerdings folgende Nadel anfertigen lassen, welche sich von allen bisher gebräuchlichen Oehrnadeln dadurch unterscheidet, dass von ihr der Faden stets nur einfach mit dem einen Ende voran durch den Stichcanal hindurch gezogen wird. Dieselbe ist im Wesentlichen eine Hohlnadel, in deren Röhre eine kleine Pincette zum Fassen des Fadenendes vor- und zurückgeschoben wird, und schliesst sich dieselbe ihrer Form nach meiner Implantationsnadel an, die ich zum Einlegen von Arzneistoffen in Gewebe und Organe angegeben habe.

Der Hapttheil dieser neuen Nadel ist eine dünne Röhre aus Stahl (2 mm dick, 6 cm lang), welche an ihrem vorderen freien Ende schräg abgeschnitten und lanzenförmig scharf zugeschliffen ist. Nach hinten setzt sich diese Röhre in einen dickeren, rinnenförmigen Theil fort, welcher in den achteckigen Handgriff von Elfenbein eingelassen ist und in demselben befestigt wird durch eine Schraube mit glattem Knopfe, welche an der unteren Seite des Handgriffes angebracht ist.

Das Lumen der Hohlnadel wird ausgefüllt von einem runden Stahlstäbchen, das in demselben hin und her geschoben werden kann vermittelst einer Schraube mit gerieftem Knopfe, die durch einen Spalt an der oberen Seite des Handgriffs hervorragt.. An seinem vorderen Ende ist dieses Stäbchen gabelförmig in zwei nach aussen federnde Schenkel gespalten, deren freie Enden an ihrer inneren einander zugekehrten Seite, einer anatomischen Pincette gleich, mit kleinen quergestellten Zähnen versehen sind.

Die Länge dieses Stäbchens ist so bemessen, dass dessen Pincetten-Ende durch Schieben an dem gerieften Schraubenknöpfchen des Handgriffes bis zur Spitze der Hohlnadel vorgeschoben und durch eine entgegengesetzte Bewegung in den Eingang der Röhre der Nadel zurückgezogen werden kann.

Wirkungs- und Anwendungsweise dieser Nadel ergeben sich aus dem Vorstehenden von selbst. Hat man die Nadel mit zurückgezogener Pincette durch einen oder beide Wundränder hindurchgestossen, so dass deren ganze Spitze frei zu Tage liegt, so schiebt man mit dem aufgesetzten Daumen die Pincette vor und legt dann selbst mit der anderen Hand oder durch einen Gehülfen das eine Ende des anzulegenden Heftfadens auf die Hohlfläche der Nadel zwischen die klaffenden Pincetten-Enden. Zieht man jetzt die Pincette zurück, so wird sie geschlossen und dabei das in ihr liegende Fadenende fest ergriffen, so dass es ohne den allergeringsten Widerstand der Nadel

folgt, wenn dieselbe jetzt durch den Stichcanal zurück- und ausgezogen wird; das einfache Vorschieben der Pincette genügt, um den Faden frei zu machen.

Das beschriebene Einfädeln lässt sich immer leicht und rasch ausführen, wenn man nur dafür sorgt, dass das einzulegende Fadenende an seiner Spitze nicht ausgefasert, sondern scharf abgeschnitten ist, und ferner, dass man es möglichst kurz gefasst in etwas schräger Richtung, so dass die Spitze des Fadens auf der Hohlfläche der Nadel fortgleitet, zwischen die Pincettenbranchen hineinschiebt.

Eine noch weiter zu befolgende Regel, welche übrigens für alle mit breiter lanzenförmiger Spitze versehenen Nadeln gilt, ist die, dass die Nadel bei dem Durchstechen durch die Wundränder so gehalten wird, dass sie denselben nicht eine ihrer Flächen, sondern stets den einen schneidenden Seitenrand zukehrt, damit die entstehende kleine Stich-Schnitt-Wunde mit ihrem Längsdurchmesser senkrecht gegen den Hautwundrand zu liegen kommt. Bei dem Zusammenknüpfen des Fadens wird dann die Nadelwunde in ihrer Längsrichtung angezogen, wobei sich ihre Ränder dicht an einander legen, so dass sie mit einer kaum sichtbaren Narbe heilen, während die Nadelwunde, wenn sie mit ihrem Längsdurchmesser parallel dem Hautwundrande angelegt ist, bei dem Zusammenknüpfen des Fadens in querer Richtung angezogen und klaffend gemacht wird.

Die Reinigung der Nadel nach dem Gebrauche ist allerdings nicht so einfach, wie bei einer einfachen Heftnadel, macht aber doch keine erheblichen Umstände. Man hat nur den Schraubenknopf des Schiebers zu lüften, um die Pincette, und die zweite glatte Schraube, um die Hohlnadel aus dem Handgriffe auszuziehen, worauf beide Theile genau gereinigt und dann in umgekehrter Reihe wieder eingesteckt und befestigt werden.



Fig. 1. Ganze Nadel mit zurückgezogener Pincette.
Fig. 2. Vorderer Theil der Nadel mit vorgeschobener und geöffneter Pincette.
Fig. 3. Derselbe mit zurückgezogener Pincette und darin eingeklemmtem Faden.

Gegenwärtig findet diese neue Nadel ausschliessliche Anwendung in der Klinik und zweifle ich nicht, dass auch Andere, welche dieselbe versuchen, sich mit ihr befreunden werden. Dieselbe hat vor meiner andern, seit vielen Jahren ausschliesslich von mir benutzten

Nadel, welche inzwischen eine ungemein weite Verbreitung gefunden hat, den Vorzug, dass bei ihr ein Festhaken in dem Wundcanale nie vorkommen kann, was bei der andern Nadel geschieht, wenn man vor oder während des Durchstechens der Nadel durch die Wundränder das Oehr der Nadel öffnet oder gar das geöffnete Oehr durch Vorschieben des Stäbchens noch während des Durchstechens zu schliessen versucht.

Instrumentenmacher Beuerle in Tübingen liefert diese neue Nadel zu dem Preise von $6^1/_2$ Mark.

A. Pansch. Kalte Injection mit Kleistermasse.

(Arch. f. Anat. und Physiol. 1877. Hft. 6. Anatom. Abth.)

Zu Injectionen empfiehlt Verf. eine Masse, die dadurch hergestellt wird, dass man feines Mehl und einen gelösten oder fein gepulverten Farbstoff mit der nöthigen Menge Wasser zu einer dicklichen, gleichmässigen Flüssigkeit verreibt. Diese Kleisterinjection hat ausser dem Vortheile, dass sie als kalte Masse angewendet werden kann, noch die, dass sie billiger ist, dass keine schnelle Vollendung der Arbeit nothwendig ist, dass letztere reinlich ist, und dass die Masse später nicht so brüchig wird, wie die gewöhnlichen Wachsmassen. Um dieselbe consistent zu halten, genügt ein Zusatz von Gummi arabicum und der Ersatz der halben Wassermenge durch Alkohol.

Pinner (Freiburg i/Br.).

J. A. Korteweg. Beitrag zur Frage der Brucheinklemmung.

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII. Hft. 2. 1878.)

K. fand durch experimentelle Untersuchungen, dass man nicht berechtigt ist, dem zuführenden und dem abführenden Darmschenkel bei der Einklemmung eine verschiedene Rolle zuzuerkennen. Es findet ferner keine Constriction der beiden Darmenden in der Pforte statt. Das Mesenterium wird bei der Einklemmung als ein straffer Strang, der sich von der Bruchpforte nach der Wirbelsäule hinüberspannt, gefunden. Er enthält die Arterien der eingeklemmten Schlinge, die man nach der Wirbelsäule zu bis zur A. mes. super. oder inferior verfolgen kann. Die nervösen Erscheinungen (Zerrung der zum Darm gehenden Nerven), sowie venöse Hyperämie des ganzen höher gelegenen Darmtractus liessen sich aus diesem Befunde erklären. Die Ursache der Absperrung eines Darmes, wenn eine bewegliche Stenose einen mehr gefüllten und gespannten Theil von dem weniger gefüllten Theile abgrenzt, ist eine quere Darmwandklappe, welche sich im unteren leeren Darmstücke gerade unter der fixirten Stelle bildet. Die eigentliche Ursache der Brucheinklemmung ist schliesslich darin gelegen, dass die eine Darmseite von dem Mesenterium fixirt, der ihr gegenüberliegenden freien Seite in der Durchwanderung durch die Bruchpforte nicht gleichmässig folgen kann. —

Maas (Freiburg i/Br.).

Verneuil. Note sur la fièvre symptomatique des néoplasmes.
(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1878. No. 2.)

In zwei Fällen von Geschwülsten des Oberschenkels, einem Sarcom und einem Myxosarcom, hat V. Temperaturerhöhungen beobachtet, ohne dass diese Neoplasmen irgend welche Zeichen von localer Degeneration oder von Complicationen darboten. Mit der Entfernung der Tumoren schwand das Fieber.

Diesen Fällen reiht Verf. einen Auszug der Arbeit Estlander's (vergl. Referat Centralbl. f. Chir. 1877. No. 36. p. 568) an und hebt hervor, dass Estlander's Beobachtungen sich von den seinigen dadurch unterscheiden, dass ersterer sich wesentlich nur mit den localen Temperaturerhöhungen beschäftigt hat. Es ist daher zu untersuchen, ob die locale und allgemeine Temperatur in solchen Fällen von einander abhängig sind oder nicht, ferner ob sie in ausnahmsweiser, häufiger oder constanter Beziehung stehen. —

Th. Kölliker (Würzburg).

J. Fayrer. Elephantiasis Arabum.
(Medical times and gazette 1877. Dec. 1.)

A. Jamieson hatte bei Gelegenheit der Publication eines Falles von Elephantiasis Arabum, bei dem er die Arteria iliaca externa mit tödtlichem Ausgange unterband, die Frage von der Zulässigkeit der Unterbindung der Hauptarterie bei dieser Affection noch für eine offene erklärt, die nur durch den Erfolg der Operation zu entscheiden wäre. Verf. betont dem gegenüber, dass er absehend von allen localen Hypertrophien und sich auf die eigentliche Elephantiasis beschränkend bei seiner schon 1863 ausgesprochenen Meinung stehen bleiben müsse, dass die Unterbindung der Hauptarterie bei Elephantiasis nicht zulässig sei. Theoretisch ist es schwer zu verstehen, wie eine zeitweilige Blutleere in einem hypertrophischen Gliede irgend etwas dazu beitragen kann, die localen Symptome einer constitutionellen Erkrankung für immer zu beseitigen; und einen gleichen temporären Erfolg wie durch die Arterienunterbindung kann man erfahrungsgemäss durch Compression und Hochlagerung erreichen.

Verf. berichtet über drei einschlägige Fälle, sämmtlich in Calcutta beobachtet und sämmtlich typische Fälle von Elephantiasis.

1) 30jähriger Hindu. Ligatur der Arter. femoralis 23. Febr. 1865. † an Pyämie, 15. März 1865. Circulation war vollständig wieder hergestellt; Umfang des Beines etwas vermindert, was natürlich für den künftigen Erfolg gar nichts beweist.

2) 45jähriger Hindu. Ligatur der Arter. femoralis 22. Juli 1875; bis 1. August völlige Heilung der Wunde. Beine bedeutend an Grösse abgenommen. Sofortiges Recidiv nach der Entlassung mit der Rückkehr des »Elephantoid fever«.

21. Juni	=	14 Zoll
6. Juli	=	$11^{5}/_{8}$ -
18. Nov.	=	$13^{3}/_{4}$ -

3) 45jähriger Hindu. 28. Juni 1869 Entfernung des elephantiastischen Scrotum. Linkes Bein 13 Zoll Umfang oberhalb des Knöchels. 1. Oct. 1869 Unterbindung der Arteria femoralis. 24. Oct. Wunde geheilt; Umfang des Beines 10 Zoll. Noch im Hospital. Rückkehr des Fiebers und der Anschwellung. 16. April 1870 Umfang des Beines $12^1/_2$ Zoll und noch im Wachsen.

Verf. schiebt auch in den beiden letzten Fällen die temporäre Besserung mehr auf die mit der Operation nothwendig verbundene Ruhe, indem er beobachtete, dass bei Leuten, welche an Elephantiasis scroti und der unteren Extremitäten litten, nach der Operation des ersteren der Umfang der unteren Extremitäten bedeutend abnahm, sich aber sofort wieder herstellte, wenn die Pat. anfingen, die Beine zu benutzen. Die Elephantiasis scroti und der unteren Extremitäten ist das Symptom einer constitutionellen Erkrankung, die nicht durch den einfachen Verschluss der das Blut zu den afficirten Theilen führenden Canäle beseitigt werden kann. Anders ist es mit der Entfernung dieser Theile, z. B. des Scrotum; nach dieser Operation verschwindet gewöhnlich das periodische Fieber, weil seine Quelle, für die Verf. die elephantiastischen Tumoren hält, entfernt ist.

H. Wildt (Berlin).

S. Gemmell. On the treatment of rheumatism, acut and chronic by Salicine and Salicylate of soda.

(Glasgow med. Journ. Vol. IX. No. 4. 1877.)

Auf Grund von 6 Fällen von Gelenkrheumatismus, welche auf Gairdner's Abtheilung mit Salicylsäurepräparaten behandelt wurden, spricht sich Verf. sehr günstig über die Wirkung derselben, namentlich des salicylsauren Natrons aus. Beim acuten Gelenkrheumatismus ohne Complicationen sei das salicylsaure Natron das beste und sicherste Mittel, welches wir haben. Die Behandlung dauere nicht immer gleich lange; sie verhüte nicht die Complicationen von Seiten des Herzens, der Lungen und des Gehirns, und habe auch keinen Einfluss auf dieselben, falls sie bereits vor der Anwendung des Mittels bestehen. Trotz der antiseptischen Wirksamkeit hindere die Salicylsäure doch nicht ein Ansteigen der Temperatur bei eventuellem Eintritt von Complicationen. So gut die Präparate auch gegen das Fieber und die Schmerzen beim einfachen und acuten Gelenkrheumatismus wirken, so dürfe man aber doch von der Benutzung ableitender Arzneimittel nicht absehen; überhaupt müssten in Fällen mit schweren Complicationen auch noch andere Mittel in Anwendung gezogen werden.

A. Bidder (Mannheim).

Schüller. Zur Empfehlung des benzoësauren Natrons

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 11.)

Gestützt auf die Versuche von Buchholtz und Brown, wonach das benzoësaure Natron schon in kleinen Dosen die Bacterien-

entwicklung in fäulnissfähigen Flüssigkeiten verhindert, versuchte S. dasselbe zunächst bei accidentellen Wundkrankheiten, vorzüglich bei ausgedehnten Phlegmonen, bei Erysipelen, in einem Falle von Blasendiphtheritis u. s. f. Nach 10 bis 25 g, innerlich genommen, trat rasch völlige Entfieberung und Besserung der localen Entzündungserscheinungen ein. Ebenso günstig verliefen Fälle von Sehnenscheidenentzündungen, und auch bei mehreren scrophulösen Gelenkprocessen mit consecutiven Katarrhen der Lungenspitzen trat nach dem Gebrauche des benzoësauren Natrons erhebliche Besserung ein. S. empfiehlt dasselbe für alle Krankheiten, die als durch eine bacterielle Blutintoxication entstanden angenommen werden. Die Lösung, in der Sch. das Mittel verabreicht, ist: 10 g auf 200 g Wasser mit 20 g Syr. simpl. und zwar bei acut fieberhaften Processen einstündlich 1 Esslöffel, bei längerem Gebrauche 4—5 Mal täglich 1 Esslöffel voll.

Urlichs (Würzburg).

L. Lazansky. Ueber die therapeutische Verwendung von jodhaltiger Ammenmilch.

(Vierteljahrschrift für Dermat. und Syph. 1878. Hft. 1.)

Auf Grund der in einer historischen Skizze dargelegten bisherigen Versuche über die Erfolge der Medication von Milch, welche entweder direct mit Jod versetzt, oder durch Jodeinverleibung in den Digestionstract bei Kühen und Menschen damit imprägnirt worden, wurde auf der Klinik des Prof. Pick ein 5 monatliches syphilitisches Kind mit jodhaltiger Milch genährt und behandelt, indem dessen Amme (Mutter), die ebenfalls an Syphilis litt, täglich 1 g Jodkali nahm. Das Jod war in der Muttermilch in geringerer Menge als im Harn des Kindes nachweisbar. Daraus folgt zunächst das Factum, dass dem Kinde mittelst der Muttermilch Jod einverleibt wurde und weiter, dass in der Milch das Jod gewisse chemische Verbindungen eingeht, über deren mögliche Art L. sich des Weiteren ergeht. Bemerkenswerth ist noch, dass entgegen der von Einzelnen bei Thieren und Frauen gemachten Beobachtung in diesem Falle unter dem Jodgebrauche keine Verminderung der Milchsecretion eintrat.

Kaposi (Wien).

B. Fraenkel. Zur Anwendung der Nasendouche.

(Deutsche Zeitschrift für prakt. Medicin 1877. No. 30.)

Fr. macht auf die Gefahren aufmerksam, welche dem Ohre durch Anwendung der Nasendouche drohen. In einer nicht geringen Anzahl von Fällen stehen Erkrankungen des Ohres mit der Anwendung der Nasendouche in entschiedenem Zusammenhange. Vorher ohrgesunde Patienten fühlen, dass ihnen ein Theil der durch die Nase strömenden Flüssigkeit in eins oder beide Ohren eindringt; sie bekommen sofort Schmerzen, Gehörsstörungen und hieran anschliessend eine Otitis media suppurativa. Der causale Zusammenhang

kann nicht geleugnet werden, jedoch sind die Bedingungen, unter denen die üblen Folgen eintreten, noch nicht hinlänglich bekannt. Das Eindringen von Flüssigkeiten erfolgt meistens durch eine Schluckbewegung. Auch Niesen und andere Bewegungen des oberen Pharynx rufen sie hervor.

Um nun die Gefahren, die mit der Anwendung der Nasendouche verbunden sind, abzuwenden, hat schon Zaufal empfohlen, das Velum während der Ausspritzung gegen die Tubarostien anzudrücken, wodurch die letzteren fest verschlossen werden. Das Verfahren ist nicht schmerzhaft und wird von den meisten gut ertragen, macht es aber nöthig, dass ein Arzt jedesmal die Anwendung der Nasendouche leitet. Um nun denselben Zweck auf einfachere und doch sichere Weise zu erreichen, empfiehlt Fr. folgendes Verfahren: Bei der Phonation nasaler Laute (besonders von *u*) wird das Ostium pharyngeum der Tuba durch Einpressen des Levator veli fest verschlossen. Aus dieser Erwägung sind die Patienten dahin zu instruiren, immer *u* zu sagen, so lange sie den Gummiballon der Spritze zusammendrücken, oder vielmehr *u u u* zu phoniren, dann den Gummiballon der Spritze zusammenzudrücken und jedenfalls mit dem Druck früher aufzuhören, als mit der Phonation. Die eindringende Flüssigkeit findet das Velum bereits in der Stellung, die es haben muss, um das Durchströmen der Flüssigkeit aus einer Choane in die andere zu erlauben. —

Stahl (Eltville a/Rh.).

H. Chiari. Ueber Tuberkulose der Schilddrüse.

(Wiener med. Jahrbücher 1878. Hft. 1.)

Das Vorkommen der Tuberkulose der Schilddrüse ist von einer Reihe von pathologischen Anatomen theils völlig in Abrede gestellt, theils als grösste Seltenheit betrachtet worden. Virchow erwähnt (Krankhafte Geschwülste, Bd. II, p. 679) nur eines einzigen von ihm untersuchten Falles. Um einen Procentsatz für die Häufigkeit ihres Vorkommens zu gewinnen, untersuchte Ch. in hundert aufeinanderfolgenden Fällen von allgemeiner Tuberkulose die Schilddrüse und konnte in 7 Fällen Tuberkulose in diesem Organe nachweisen, theils als miliar disseminirte Knötchen, theils in der Form der tuberkulösen Infiltration. Dabei fand sich dieser pathologische Befund als Theilerscheinung sowohl der acuten Miliartuberkulose wie der chronischen Tuberkelerkrankung der übrigen Organe. Eine primäre Tuberkulose der glandula thyreoidea scheint noch nicht beobachtet zu sein.

Hack (Freiburg i/Br.).

H. Nepveu. Oligurie et Polyurie d'origine réflexe, consecutive à des affections de la glande séminale.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 36.)

Indem Verf. darauf hinweist, dass die Reflexwirkungen, von denen in gewissen Fällen die Urinsecretion beeinflusst werde, noch

sehr wenig gekannt seien, bezeichnet er den Traumatismus als einen Zustand, der gelegentlich Einfluss auf die Nierensecretion nehmen könne.

Verf. führt nun detaillirt mehrere Beobachtungen an, wo nach Injection von Jodtinctur nach Entleerung der Hydrocelenflüssigkeit, einige Tage lang abnorme Schwankungen in der Quantität der täglichen Urinsecretion eintraten. Des Verf.'s Beobachtungsresultate sind kurz folgende:

Der Hoden kann unter gewissen abnormen Umständen (Jodinjection in die Tunica vaginal. des Hodens, schmerzhafte Affectionen des Hodens), der Ausgangspunkt für Reflexactionen sein, welche auf die Urinsecretion wirken. Diese Reflexwirkung kennzeichnet sich durch eine Reihe von Schwankungen in der normalen Urinsecretion: erst Oligurie durch einige Tage, hierauf Polyurie, endlich Rückkehr zur Norm.

Die Jodinjection in die Tunica vaginal. ist besser geeignet, als jedes Experiment an Thieren, die Thatsächlichkeit der physiologischen Beziehungen zwischen Nierensecretion und Irritation des Plexus spermaticus darzuthun. **Fr. Steiner** (Wien).

G. de Gorrequer-Griffith. Résumé of the treatment of fibroids of the uterus, particularly in their early stages.

(Obst. Journ. of Great Britain 1878. March. p. 800.)

Das Verfahren des Verf. wurde namentlich bei solchen Uterusfibroiden erprobt, welche zur Abtragung noch nicht reif erschienen.

Die Patientin hat dabei je nach der Schnelligkeit des Erfolges eine kleinere oder grössere Anzahl von Wochen das Bett zu hüten und in jeder Beziehung grösste Ruhe zu beobachten. In den Cervicalcanal wird ein Laminariastift eingelegt, darunter ein mit Jodglycerin getränkter Watte-Tampon. Gewöhnlich bleibt die Einlage 2 Tage in situ und wird dann nach einer eintägigen Pause durch eine neue ersetzt, wobei man den Stift etwas grösser wählt. Diese Erneuerung wird so lange wiederholt, bis der Cervicalcanal für 2 Finger durchgängig und das Gewebe des Cervix bedeutend erweicht ist. Auf diese Weise sah G. die Myome der Cervixwand, aber auch höher gelegene, intramurale zur Zertheilung kommen.

In hartnäckigeren Fällen wurde auch die Gebärmutterhöhle mit Glycerintampons ausgestopft und ein kurzer Quellmeissel in den Cervicalcanal gelegt. — Bei grösseren Tumoren des Corpus und Fundus wurde nach der Dilatation des Cervix die Körperhöhle mit Hydrargyr. nitr. oxyd. cauterisirt — an dessen Stelle später acid. carbol. cryståll. trat — und dann mit Glycerintampons ausgestopft.

Stets wurde die örtliche Behandlung durch den innern Gebrauch von Secale und Nux vomica unterstützt. Die Resorption der Geschwülste soll dabei einerseits durch deren C o m p r e s s i o n erzielt werden — direct von Innen her vermittelst des Quellmeissels und der

Auspackung der Höhle mit Tampons und weiterhin durch die hierbei angeregten und durch die innern Mittel verstärkten Uteruscontractionen — und andererseits durch die in Folge der Zusammenziehungen herabgesetzte Blutzufuhr zu denselben.

Die Schnelligkeit, mit der die Rückbildung der Geschwülste vor sich ging, war in einzelnen Fällen frappant, die Blutverluste und Schmerzen wurden dadurch zuverlässig eingeschränkt und oft rapide beseitigt. **Löhlein** (Berlin).

Spencer-Wells. Clinical remarks on ovariotomy at the Samaritan hospital.

(Med. times and gaz. 1878. Jan. 5.)

Abschied nehmend von seiner Stellung als Chirurg am Samaritanhospital theilt Verf. nach Vorstellung von 5 Fällen von Ovarientumoren — 3 glücklich exstirpirt, 1 punctirt, 1 noch nicht operirt — seine Statistik bis Ende des Jahres 1877 mit. Er machte in den letzten 20 Jahren 408 Ovariotomien mit 99 Todesfällen. In den ersten 5 Jahren erzielte er 70 %, in den zweiten 74 %, in den dritten 73 % und in den letzten 5 Jahren 80 % Heilungen (in den beiden letzten Jahren 90 %), und er schiebt diese Verbesserung der Resultate auf seine gesteigerten Erfahrungen.

Indem er sehr drastisch die frühere Operationsweise kritisirt, theilt er ausführlich alle die Maassnahmen mit, die er jetzt vor seinen Operationen trifft: dass kein Zuschauer zugelassen wird, der nicht einen Revers unterschreibt, dass er in den letzten 7 Tagen keine Anatomie betreten, keiner Section beigewohnt oder mit ansteckenden Krankheiten zu thun gehabt habe; dass die Patienten gut bekleidet und vor allzugrosser Abkühlung geschützt werden müssen, dass alle Instrumente vorher genau geordnet am Platze sein müssen. Die Narkose geschieht mit Aethylenbichlorid. — Nach der Operation wird etwas Opium gegeben, um die Schmerzen zu lindern, bei eintretendem Fieber Eis auf den Kopf; bei sehr trockner Haut halbstündlich 1/2 Tropfen Tinct. aconiti. Grosse Dosen Chinin oder Natr. salicyl. nur in den sehr seltenen Fällen von Sepsis. Im Ganzen wird aber eine möglichst indifferente Nachbehandlung beobachtet.

H. Wildt (Berlin).

G. M. Balleray (New Jersey). Strangulated ovarian hernia. Operation. Recovery.

(The Americ. Journal of med. sciences 1877. Oct. Art. XII.)

Mrs. P., 37 J., kinderlos, hat seit vielen Jahren eine linksseitige äussere Leistenhernie. Vor einigen Jahren hatte sich dieselbe eingeklemmt und war durch Taxis reponirt worden. Seit jener Zeit trug die Kranke ein gutliegendes Bruchband. Gleichwohl klemmte sich am 7. Dec. 1876 der Bruch von Neuem ein. Die Incarceration dauerte bereits

4 Tage, während welcher Würgen, Erbrechen etc. bestand. Stuhl seit 2 Tagen angehalten. Zunge trocken, Puls 120, schwach. Die Hernie war länglich und schien durch eine Furche in zwei Theile getheilt. Sie fühlte sich eigenthümlich fest an, so dass der Verdacht auf eine Ovarialhernie angeregt wurde. Taxis erfolglos. Operation. Nach Einschnitt in den Bruchsack flossen 4 Unzen braungelber Flüssigkeit heraus und es lag das linke Ovarium im unteren Theile des Sackes, fest eingeschnürt durch ein fibröses Band, welches von der einen Wand des Bruchsackes zur andern zog. Der Strang wurde durchschnitten, das Ovarium, welches zwar sehr blutreich, aber noch nicht der Gangrän verfallen war, befreit und in die Bauchhöhle zurückgeschoben, die Wunde geschlossen. Am dritten Tage peritonitische Erscheinungen, die schnell wieder schwanden. Heilung nach drei Wochen. Hernie fiel indessen bald wieder vor und wurde durch ein Bruchband zurückgehalten.

Es sind wenig ähnliche Fälle bekannt. Im Januar 1864 berichtet Holmes Coote bei Gelegenheit einer Versammlung der britischen Medico-chirurg. Gesellschaft einen Fall, in welchem das linke Ovarium im Bruchsacke einer Hernia inguin. obliqua gefunden wurde. Eine junge Frau kam mit den Symptomen einer eingeklemmten Hernie der linken Leistengegend in das St. Bartholomew's Hospital. Operation nach wenigen Stunden, bei welcher das Ovarium und die Tube in dem Bruchsack gefunden wurden. Der Eierstock mitsammt etwas angeschwollenem Netz werden abgetragen. Die Erscheinungen der Incarceration dauern fort. Tod am 4. Tage. Section ergiebt »Verlagerung des Magens und des Quercolons«.

Bei der dem Vortrage folgenden Discussion erwähnt Cäsar Hawkins 2 Fälle, bei denen die Ovarien in einer Hernie gefunden wurden. Einer davon betraf eine ältere Dame, welche an Peritonitis zu Grunde ging. Hawkins hält es für das Bessere, das Ovarium zurückzuschieben, als es zu entfernen. — Frank H. Hamilton (New-York) sammelte 12 Fälle von Ovarialhernien der Leistengegend. Sie sind veröffentlicht in Bellevue Hospital Reports 1870, p. 159. Hamilton hat selbst nur 1 Fall davon gesehen. — J. C. Nott fand bei einer 60jährigen Frau eine Ovarialhernie im Leistenring, die er durch die Taxis reponiren konnte. Ein interessanter Fall ist durch Alfred Meadows referirt in den Transactions of the Obstetric. Society of London, Vol. III, p. 438.

Ref. sah eine rechtsseitige Ovarialhernie in der Volkmann'schen Klinik 1868. Der taubeneigrosse, ziemlich harte Tumor lag in der Nähe des äusseren Leistenrings und wurde wegen seiner Härte anfangs für eine Exostose des horizontalen Schambeinastes gehalten. Schmerzen hatte die Geschwulst nie gemacht. Sie wurde erst bei der Operation als rechtes Ovarium erkannt und entfernt.

H. Lossen (Heidelberg).

P. Reclus. Des luxations paralytiques du fémur.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1878. No. 3.)

An der Hand von fünf Beobachtungen (3 Mal paralytische Luxationen, 2 Mal nur abnorme Beweglichkeit im Gelenk) kommt R. zu folgenden Schlüssen:

1. Von der Gruppe der congenitalen Luxationen sind die paralytischen abzusondern.

2. Diese letzteren sind Folge von Amyotrophieen und können in jedem Alter auftreten, obgleich sie wohl nur im Kindesalter beobachtet worden sind.

3. Zum Entstehen einer Luxation sind 2 Bedingungen nöthig: Atrophie einer Muskelgruppe, Integrität ihrer Antagonisten. Wenn alle Muskeln paralytisch sind, wird allerdings eine bedeutende Erschlaffung und abnorme Beweglichkeit, aber keine Luxation sich vorfinden.

4. Am Hüftgelenk ist die Luxatio iliaca die häufigste. Sie ist Folge vom Zug der Adductoren bei Atrophie der Abductoren. —

Th. Kölliker (Würzburg).

Kleinere Mittheilungen.

Rheinstädter. Acuter Carbolismus durch peritoneale Resorption.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 15.)

Verf. enucleirte bei einer 31jährigen Frau ein retrocervicales Fibroid von 250 g, das bis an die vordere Rectalwand heranging. Da der Eiter bei abendlichen Temperaturen von 39,0° übelriechend wurde, wurde täglich 2 Mal eine Ausspülung der Kapselhöhle, sowie des der Geschwulst wie eine Kappe aufsitzenden Uterus gemacht und Nachts nochmals die Scheide ausgespritzt. Zu diesen Injectionen benutzte R. eine 10% Carbollösung, von welcher jedesmal ca. 150 g auf ein 1700 g enthaltendes Gefäss voll lauen Wassers gebraucht wurde. Bei einer solchen Eingiessung am 10. Tage nach der Operation, bemerkte R. dass nichts nach aussen abfloss, und in demselben Momente verlor Pat. plötzlich das Bewusstsein, ohne dass sie während der Eingiessung Schmerz empfunden hätte, das Gesicht wurde leichenblass, mit kaltem Schweiss bedeckt, Respiration anfangs ganz aussetzend, später oberflächlich und verlangsamt, Puls unzählbar, das Abdomen trieb sich im Nu auf und in den Extremitäten traten tonische Krämpfe ein. Der ohne Zweifel in die Bauchhöhle geflossenen Carbolsäure durch Punction Abfluss zu verschaffen, war unter den obwaltenden Verhältnissen nicht gut möglich, daher beschränkte sich die Behandlung auf Reizmittel und Eisumschläge. Peritonitis trat nicht auf, dagegen zeigte am folgenden Tage der Urin tiefgrünschwarze Farbe, das Allgemeinbefinden wurde besser und der weitere Verlauf wurde nur durch einen eitrigen Blasenkatarrh gestört, den R. ebenfalls der wahrscheinlich durch eine Perforationsöffnung in die Bauchhöhle gedrungenen Carbolsäure zur Last legt.

Nach 10 Tagen befand Pat. sich wieder im Status quo ante.

Urlichs (Würzburg).

R. Livering. Elephantiasis Graecorum in Guernsey.

(Med. times and gazette 1877. Dec. 15.)

20jähriger Mann, der bis dahin niemals seine Heimath verlassen hatte. Sein Vater hatte als Soldat in Indien gedient, seine Mutter stammte aus Irland. Beide

in hohem Alter gestorben; Geschwister gesund; Nahrung immer reichlich und abwechselnd. Vor 5 Jahren Beginn der Krankheit mit Fieber, Anschwellung des Gesichts, Verfärbung der Haut; jetzt Leontiasis, Verlust der Brauen, Stimme rauh und heiser, Ohren und Nase vergrössert, Haut dunkel. Gefühl von Taubheit an beiden Klein- und Ringfingern und der Innenseite der Hände; eben daselbst Herabsetzung der Sensibilität; braune Flecken an Ellenbogen und Knien, harte Anschwellung am linken Nervus ulnaris in der Höhe des Ellenbogengelenks, weniger deutlich rechts.

Verf. eruirte mit Mühe von der Umgebung des Pat., dass dessen Vater Geschwüre an Fingern und Zehen und Flecken im Gesicht gehabt habe, dass es sich also auch hier nicht um einen originär in Guernsey entstandenen Fall von Lepra handelte, sondern um einen hereditären. **H. Wildt** (Berlin).

Caspari. Sclerodermie bei Erwachsenen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 12.)

Bei der 30jährigen Patientin, die einen acuten Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte, war Schwellung sämmtlicher Gelenke zurückgeblieben, die erst einem längeren Gebrauche von Schwefelmoorbädern wich. Der Curerfolg war ein vollständiger. Nach etwa Jahresfrist stellte sich allmälig folgender Zustand ein: Beide Hände waren vom Handgelenke bis zu den Fingerspitzen bretthart anzufühlen, die Finger gänzlich steif, die livide Haut fest mit dem Unterhautzellgewebe verbunden. Moorbäder, sowie der constante Strom hatten gar keine Veränderung des Zustandes zur Folge; die Erkrankung machte hingegen sprungweise Fortschritte auf die Oberarme, Hals, Wangen und Schläfen, so dass der Unterkiefer nicht mehr frei bewegt werden konnte und das Kauen beschwerlich fiel. Die Affection befiel allmälig noch Brust und Rücken und die Patientin erlag nach kurzer Zeit. Genaueres über die Todesursache konnte von C. nicht ermittelt werden.

Urlichs (Würzburg).

Chabrun. Ostéite condensante de nature cancéreuse, siégeant sur les pariétaux.

(Soc. anat. — Progrès medical 1877. No. 6.)

Eine 64jährige Frau litt seit 20 Jahren an einem atrophirenden Brustkrebs. Bei der Section wurden keine secundären Krebse gefunden. Ein ziemlich grosses (Grösse nicht näher angegeben) Psammom comprimirte die erste frontale Hirnwindung. An den Scheitelbeinen bemerkt man 5—6 weisse, regelmässig abgerundete Flecke von 2—10 mm Durchmesser: Periost intact, keine Erhöhung, keine Vertiefung. Auf dem Durchschnitt zeigt sich, dass die Diploë verschwunden und durch compactes Gewebe ersetzt ist. — Mikroskopische Untersuchung fehlt. — Charcot bemerkt, dass diese weissen Flecke denjenigen gleichen, welche man bisweilen in der Wirbelsäule trifft, und dass Ranvier diese Verdichtung als erstes Stadium der Neubildung ansieht (la phase préparatoire de l'envahissement de l'os par le néoplasme). **Petersen** (Kiel).

Liégeois. L'epistaxis envisagée surtout au point de vue du diagnostic, à propos d'un cas d'épistaxis répétée et mortelle.

(Gaz. hebdom. 1878. No. 6.)

Verf. bespricht im Anschluss an eine Beobachtung von hartnäckiger, nach längerem Verlauf schliesslich tödtlicher Epistaxis bei einem 27jähr, früher stets gesund gewesenen Pflugknecht, eingehend die Aetiologie des habituellen Nasenblutens. Nachdem für den beobachteten Fall Diabetes mellitus, Bleivergiftung, Leucocythämie, Scorbut, Arthritis, Phthisis und perniciöse Anämie — bei welchen allen habituelles Nasenbluten gelegentlich vorkomme, ausgeschlossen ist, indem die Section in keiner Richtung positive Resultate ergab, plaidirt er schliesslich für die

Annahme einer spontan erworbenen Haemophilie, obwohl Pat. aus zufälligen Wunden nicht mehr blutete, wie jeder andere. **Steiner** (Wien).

Poncet. Observation de plaie pénétrante de poitrine et de l'abdomen par balle de revolver. — Mort. — Autopsie.

(Bulletins de la Société de Chirurgie Tome III. No. 7.)

P. beschreibt einen eigenthümlichen Verlauf eines Schusscanals, durch Revolverkugel veranlasst, der bei Lebzeiten absolut nicht zu erkennen war. Die Kugel war am unteren Rande der linken 6. Rippe eingedrungen, 9 cm hinter der Mamillarlinie, und musste nach der Stellung des Pat. im Augenblicke der Verwundung von oben nach unten und von links nach rechts gegangen sein. Um die äussere Wunde herum bestand ein geringes Emphysem, kein Luftaustritt oder Blutung durch dieselbe. Die Lunge giebt nur im unteren Theile etwas schwächeres Athemgeräusch, keine Dämpfung; Herzaction beschleunigt, Puls voll; kein blutiger Auswurf. Absolut keine Symptome seitens des Abdomen, ebensowenig vom Rückenmark.

Tags darauf gab die ganze linke Brust vorn tympanitischen Schall, schwaches Athemgeräusch, hinten Dämpfung in der hinteren Hälfte; das Herz war nach rechts verdrängt; kein Bluthusten. Leib unempfindlich, kein Erbrechen, nur klagt Pat. beim Trinken über heftige Schmerzen. Zwei Tage später erfolgte der Tod.

Bei der Section fand sich die linke Pleurahöhle mit einer wässerigen, mit Speiseresten stark vermischten Flüssigkeit angefüllt. Die Kugel hatte nahe bei den Rippen das Zwerchfell durchbohrt, war am Fundus, an der Seite der grossen Curvatur in den Magen gedrungen, an der hinteren Wand wieder hinaus, nochmals durch das Zwerchfell und sass 2 cm oberhalb der linken Niere, $^1/_2$ cm hinter der Aorta in dem Körper des 11. Brustwirbels. Keine Peritonitis, keine intraperitoneale Blutung.

P. macht auf die Schwierigkeit der Diagnose aufmerksam; wie schon mehrfach bestätigt, rufen die Verletzungen durch so kleine Geschosse häufig keine Symptome seitens der verletzten Organe hervor. **Boeters** (Berlin).

Mc. Lane Tiffany. Zwei Colotomien.

(The Americ. Journ. of med. science 1877. Oct. Art. X.)

1. Fall. C. H., Neger, Steinhauer, 43 Jahre alt, bekam am 1. Febr. 1877 Stuhlverhaltung, starke Schmerzen im Unterleib und Rücken, heftiges Erbrechen zwei Tage lang. Eine Bougie konnte 4 Zoll tief eingeführt werden, stiess dann auf ein Hinderniss. Auf starke Wassereingiessungen hin gab die Verstopfung nach; Pat. hatte reichliche Entleerung und fühlte sich wieder wohl. Diagnose auf Intussusception gestellt. Am 8. Febr. abermals hartnäckige Verstopfung. Alle Eingiessungen vergebens. Untersuchung in tiefer Narkose. Die eingeführte Hand konnte indess von einer obturirenden Geschwulst nichts entdecken. Zudem unmittelbar nach Entfernen derselben reichlicher Stuhlgang. Unter diesen Umständen die Diagnose festgehalten. Am 17. Febr. erneuter Anfall. Eingiessungen erfolglos. Pat. sehr schwach, Puls und Respiration beschleunigt. Die nunmehr vorgenommene Untersuchung des Rectums und der Blase ergab eine feste Masse, welche, zwischen beiden Organen gelagert, das letztere comprimirte. Es handelte sich wohl um ein »bewegliches omentales oder mesenteriales Gewächs, welches das Rectum durch directen Druck schloss.« Dasselbe konnte am 1. und 10. Febr. noch nach oben verschoben werden, sass nun aber fest. Da die Symptome sich rasch verschlimmerten, so wurde am 22. Febr. die Colotomie nach Amussat ausgeführt. Bei der Eröffnung des Darmes entströmten grosse Mengen von Gas und Faeces, das Erbrechen hörte auf, Pat. erholte sich sehr bald. Die Geschwulst übrigens wuchs, es erschienen in den Leistengegenden Knoten, welche schliesslich die Grösse eines Enteneies erreichten und durchzubrechen drohten. Am 7. März 1877 war es dem Pat. während eines Hustenanfalles, als wenn etwas im Unterleibe nachgäbe. 1 Stunde darauf war er todt. Section wurde leider nicht gestattet.

2. Fall. 35 Jahre alte Frau hatte wahrscheinlich sieben (!) Jahre vorher (1870) an Krebs (?) der hinteren Vaginalwand gelitten. 6 Monate später Durchbruch nach dem Rectum und Ausfluss von Faecalmassen durch die Vagina. Pat. kam März 1877 in Behandlung des Verf., nachdem einige Monate vorher eine erfolglose Operation der Rectovaginalfistel gemacht worden war. Gesundheit sehr zerrüttet; häufige Stuhlbeschwerden, Tenesmus, Ausfliessen schleimig-eiteriger Massen aus der Vagina. Untersuchung ergiebt ausser der Fistel eine Strictur des Rectums, welche Bougie No. 8 eben passiren lässt. Durch Dilatation und Incision wurde die Verengerung ein wenig gebessert; bald indessen fühlte man über der Strictur eine feste Geschwulst. Colotomie in der linken Lumbalgegend. Schrägschnitt. Guter Verlauf der Wundheilung. Prolaps der Darmschleimhaut.

Pat. erholt sich übrigens einigermassen und fristet in erträglichem Zustande ihr Leben, welches über kurz oder lang der bösartigen Geschwulst zum Opfer fallen wird. **H. Lossen** (Heidelberg)

A. Lediard. A case of ovariotomy.

(Med. times and gazette 1877. Dec. 8.)

58jährige Arbeiterin, hat dreimal geboren, immer gesund. Seit 8 Monaten Anschwellung des Abdomen, schnell zunehmend. Allgemeinbefinden etwas gelitten, Punction 29. Mai und 27. Juni mit vorübergehender Erleichterung der subjectiven Beschwerden. 24. Juli Ovariotomie. 4 Zoll lange Incision in der Mittellinie zwischen Nabel und Symphyse. Entleerung des Tumors. Zahlreiche Netzadhäsionen, die mit Catgut abgebunden werden. Stiel lang, leicht in die Klammer befestigt. Bauchwunde durch Seidensuturen geschlossen. Betupfen des Stiels mit ferrum sesquichloratum, Deckverband. Der Tumor bestand aus einer grossen und sehr vielen kleinen Cysten. — Entfernung der Klammer am 10. Tage, ungestörte Reconvalescenz ohne erheblicheres Fieber. **H. Wildt** (Berlin).

M. H. Henry (New-York.) Luxation der Hüfte auf das Schambein. Reduction nach 20 Tagen.

(The Americ. Journ. of med. scienc. 1878. Jan.)

Joseph P., 19 Jahr, fiel ca. 20 Fuss hoch von einem Baume auf die Füsse, stürzt dann quer über einen Holzklotz und schlug mit der linken Trochantergegend heftig auf.

Bein verkürzt, ca. 1 Zoll, leicht gebeugt, abducirt, nach aussen gerollt. Der Kopf des Femur konnte auf dem Rande des horizontalen Schambeinastes, nach aussen von den Gefässen sowohl gefühlt, als gesehen werden. An der Aussenseite des Femur eine Depression, die Glutaealgegend geschwollen. Das Bein stand vollkommen unbeweglich. Von passiven Bewegungen war die Flexion besonders behindert und schmerzhaft.

Unter Chloroform werden 20 Tage nach der Verletzung (die Luxation war ausserhalb des Hospitals für eine schwere Contusion gehalten worden) Reductionsversuche unternommen. Beugung, Adduction, Abduction oder Circumduction hatten nur geringen Erfolg. Bei einer Hyperextension rissen verschiedene Narbenstränge, der Kopf wurde beweglicher. Man fürchtete eine schwere Reaction und verschob die eigentliche Einrichtung, bis die als gewiss angenommenen Entzündungserscheinungen nachgelassen. 6 Tage später wurden an dem chloroformirten Kranken wieder viele Manöver versucht, ohne Erfolg, bis endlich das stark abducirte Bein nachgab und der Kopf in das Foram. ovale glitt. Von hier wurde er durch Adduction mit Extension in die Pfanne geleitet. 3 Monate später, während welcher Zeit vielfach passive Bewegungen ausgeführt worden waren, konnte der Kranke geheilt und mit voller Beweglichkeit im Hüftgelenke entlassen werden. **Hermann Lossen** (Heidelberg).

Schede. Vorstellung von 3 Fällen von Hüftgelenkresection und 3 Fällen von Osteotomie des Unterschenkels.

(Vortrag gehalten beim 6. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

1) Coxitis seit einem Jahre, grosser Abscess hinter und über dem Trochanter major, ein zweiter, bereits aufgebrochen, an der Aussenseite des Oberschenkels.

Resection im Februar 1876. Die Pfanne ist cariös, nach oben und hinten ausgeweitet. Absägung unter dem grossen Trochanter, sorgfältige Exstirpation der Kapselreste und Ausschabung der Pfanne. Jetzt — nach einem Jahre — Verkürzung des Beins 1 cm, Flexion activ bis 1 R. ausführbar. Der Knabe steht auf dem resecirten Beine allein, steigt Treppen und führt alle Gangarten aus.

2. Zwölfjähriges Mädchen, dem vor 9 Monaten wegen centraler Caries des Kopfes, — die zu Durchbrüchen in der Plica inguinalis, zu Becken- und Subglutaealabscess geführt hatte — die Hüftresection unter dem grossen Trochanter gemacht war. Seit 5 Monaten kann das Mädchen mit geheilter Wunde laufen. Beweglichkeit vollkommen frei.

3. Hüftgelenksresection mit vorderem Längsschnitt (cfr. Centralblatt für Chir. 1878. p. 316) ausgeführt. Kleine Narbe, normale Configuration des Gelenks, sehr gute Beweglichkeit.

4) Doppelseitige Osteotomia cuneiformis in der Mitte der Tibiae mit subcutaner Fractur der Fibulae bei einem jetzt 12jährigen Mädchen wegen Sförmiger Verkrümmung beider Unterschenkel ausgeführt. Um die gleichzeitige starke Einwärtsstellung der Füsse zu beseitigen, mussten die unteren Fragmente zugleich um 50—60° nach aussen ad peripheriam dislocirt werden. Pat. hat jetzt gerade Beine und kann normal gehen, während sie sich früher ohne Krücken nur mühsam ein Stück vorwärts schleppen konnte.

5. Achtzehnjähriger Mensch, dem vor 14 Monaten wegen eines hochgradigen Genu valgum die keilförmige Osteotomie dicht unter dem Caput tibiae und lineare Durchmeisselung der Fibula gemacht wurde. Pat. hat jetzt ein gerades Bein und ist im Stande als Bierfahrer schwere Lasten Treppen hinauf zu tragen.

6. Funfzehnjähriges Mädchen, bei dem in Folge hereditär-syphilitischer Periostitis die eine Tibia um 8 bis 9 cm zu lang gewachsen und, da die Fibula nicht ebenso mit wuchs, bogenförmige Verkrümmung des Unterschenkels mit colossaler Valgusstellung des Fusses bewirkt hatte; Pat. ging vollständig auf dem inneren Knöchel. Die Geradestellung gelang vollkommen durch keilförmige Osteotomie der Tibia über dem Sprunggelenk und Durchmeisselung der Fibula in gleicher Höhe. Das Mädchen kann ohne Unterstützung den ganzen Tag gehen, trägt aber der Sicherheit wegen einen Scarpa'schen Schuh.

A. Genzmer (Halle a/S.).

W. Folker. Ankylosis of both hip- and knee-joints; operation; recovery.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 227.)

Der 23jährige Mann bekam vor 7 Jahren einen Gelenkrheumatismus, der die Knie- und Fussgelenke befiel; 6 Monate später traten von Neuem Schmerzen in den Knieen auf; dieselben kamen allmälig in Winkelstellung, auch bildeten sich bei dem andauernden Liegen durch 7 Jahre Flexionsstellungen in beiden Hüftgelenken aus. Jetzt stehen beide fest ankylosirten Kniegelenke in rechtem Winkel, im linken Hüftgelenke besteht totale Ankylose, das linke ist in geringem Grade beweglich. Streckung des rechten Beines in der Narkose mit gleichzeitiger Resection des Knies. Pat. kann sich jetzt mit Krücken fortbewegen. Da aber der linke Fuss den Boden nicht berühren kann, so wird in der Narkose eine Streckung des linken Beines im Hüftgelenke ausgeführt und die Resection des Kniegelenkes versucht. Doch muss von letzterer abgestanden werden, da das Gelenk vollständig obliterirt ist. Es wird eine keilförmige Excision gemacht. Heilung in guter Stellung. Der anfangs erschwerte Gang an Krücken bessert sich bedeutend. Die weiterhin vorgeschlagene Durchtrennung der Schenkelhälse wird nicht gestattet.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 28. **Sonnabend, den 13. Juli.** **1878.**

Totalexstirpation des Schulterblatts mit gleichzeitiger Decapitatio humeri.

Von

Dr. **W. Orłowski** in Warschau.

G. D., 25 Jahr alt, wurde am 6. Februar 1877 in die chirurgische Abtheilung des Hospitals »zum Kindlein Jesu« hier in Warschau aufgenommen. Nach Aussage des Kranken will derselbe im September des vorhergehenden Jahres (1876), ohne irgend welche Veranlassung plötzlich heftige Schmerzen im linken Schultergelenk verspürt haben; dieselben steigerten sich allmälig immer mehr und verbreiteten sich auch auf die linke Schulterblattgegend. Um von seinem Leiden befreit zu werden begab sich Patient nach dem Hospital in Białystok. Dort wurden ihm, wie er sagt, einige Incisionen in der Gegend des Schulterblattes gemacht und durch diesel-

ben soll eine sehr bedeutende Menge Eiter abgeflossen sein. Nach dieser Operation fühlte er sich sehr erleichtert. Trotzdem aber vergrösserte sich das Localübel immer mehr und der allgemeine Kräftezustand nahm bei der profusen Eiterung sichtlich und sehr schnell ab. Dieses veranlasste Patienten sich nach Warschau bringen zu lassen, um noch einen letzten Versuch zu seiner Heilung zu machen.

Als ich den Kranken zum ersten Male sah, befand er sich in einem wahrhaft Schrecken erregenden Zustande. Bei extremer Abmagerung des ganzen Körpers umgab die anämische, gelbliche, trockene, faltige Haut die schlotternde Muskulatur, kein einziger Muskelbauch war durch das Auge wahrnehmbar, die Gelenke der Extremitäten sprangen wie bei einem Skelete hervor, die sichtbaren Schleimhäute hatten ihre natürliche Röthe fast gänzlich verloren, die Wangenhaut und die Lippen hingen runzlich und schlaff herunter, der Blick des Kranken war blöde und theilnahmlos. Weder gehen, noch stehen, noch sitzen konnte Patient ohne fremde Unterstützung, selbst das blosse Umwenden im Bette war ihm ohne Hülfe unmöglich. Der Appetit war schlecht, die Zunge belegt, profuser Durchfall bestand schon wochenlang. Die Localuntersuchung ergab Folgendes: Volumen des linken Schultergelenks sehr bedeutend vergrössert, Humeruskopf nach unten dislocirt, eine deutliche Fluctuation im Gelenke selbst liess sich wegen der Dicke der geschwollenen Weichtheile nicht mit Sicherheit constatiren. In der Gegend der Spina scapulae und unterhalb derselben flache handtellergrosse Geschwüre, deren theilweise unterminirte Ränder aus stark gerötheter, glänzender, sehr dünner Haut bestehen; im speckigen Geschwürsgrunde mehrere wulstige Fisteln, durch welche man mit der Sonde leicht den entblössten, stellenweise gänzlich zerstörten Knochen fühlt. Die ganze Schulterblattgegend sehr stark geschwollen, aus den Fistelöffnungen ergiesst sich beim Drucke reichlicher, dünner, stinkender Eiter. Active Bewegungen des Armes sind gänzlich unmöglich, die passiven unvollständig und äusserst schmerzhaft. Die Untersuchung des Harnes auf Eiweiss ergab ein negatives Resultat.

Der so sehr geschwächte und geistig wenig entwickelte Patient war nicht im Stande, über den früheren Verlauf seiner Krankheit genauere Auskunft zu geben, dennoch glaube ich annehmen zu dürfen, dass der Ausgangspunkt der Krankheit das Schulterblatt gewesen ist (Periostitis maligna suppurativa) und das Schultergelenk erst im weiteren Verlaufe in Mitleidenschaft gezogen wurde. Die Diagnose bot keine Schwierigkeiten dar, wir hatten es hier mit einer Caries necrotica scapulae, welche mit eitriger Entzündung des Schultergelenks einherging, zu thun.

Bei der oben geschilderten Schwäche des Kranken war an den sonst indicirten operativen Eingriff vor der Hand gar nicht zu denken; ich beschränkte mich also vorläufig auf Anlegung eines antiseptischen Verbandes, peinliches Reinhalten der Fisteln und Geschwüre, sowie roborirende diätetische und medicamentöse Behandlung.

Da die Fluctuation in der Schultergegend allmälig deutlicher wurde, so machte ich am 19. Februar einen ergiebigen Einschnitt, dessen Richtung dem äusseren Rande des Pectoralis major entsprach. Eine grosse Menge übelriechenden Eiters wurde entleert; sofort verringerte sich der Umfang des Gelenks, und die Schmerzhaftigkeit verminderte sich bedeutend.

Allmälig wurde die Eiterung geringer, der Durchfall hörte gänzlich auf, der Appetit wurde immer reger, und das Allgemeinbefinden hob sich so sehr, dass ich mich endlich am 29. März zur Operation entschloss.

Nachdem der Kranke chloroformirt worden — was wegen der immerhin noch grossen Schwäche die äusserste Vorsicht erheischte — führte ich den ersten Schnitt, am Acromion beginnend, längs der Spina scapulae bis auf den Knochen, von der Mitte des ersten wurde ein zweiter Schnitt senkrecht bis zum unteren Winkel der Scapula geführt, so dass eine grosse T förmige Wunde entstand (Syme's Verfahren). Nun wurden die Weichtheile, Periost und Muskelansätze mit einem Raspatorium von der oberen Fläche des Knochens vollständig abgelöst. Nachdem dies geschehen, erhob ich den unteren Winkel des Schulterblatts und löste von dort beginnend auf dieselbe Weise die Weichtheile der unteren Fläche. Am Gelenkfortsatze angelangt, überzeugte ich mich, dass die Gelenkbänder der Schulter vollständig zerstört waren, so dass die Trennung vom Oberarmknochen durchaus keine Schwierigkeit machte, ebenso leicht liess sich das Schlüsselbein vom Acromion trennen, etwas schwieriger war es die Muskelansätze vom Processus coracoideus abzustreifen. Nach Ausschälung des Schulterblattknochens, welcher, wie es sich später zeigte, an vielen Stellen verdickt und in der Pars infraspinata vielfach durchlöchert war — wurde die Wunde gereinigt und die geringe Blutung leicht gestillt, nur zwei kleine Gefässe spritzten und mussten (mit Catgut) unterbunden werden. Jetzt wurde der Humeruskopf genauer untersucht und es zeigte sich dabei, dass derselbe des Knorpels gänzlich beraubt und theilweise cariös zerstört war, er wurde daher sofort mit einer Stichsäge im Collum chirurgicum abgetragen. Ein Theil der Wundränder, welche sich indurirt und speckig zeigten, wurde in der Länge von etwa 8 cm durch elliptische Schnitte abgetragen, worauf nach nochmaligem Auswaschen der Wunde mit Carbolwasser der senkrechte Schnitt gänzlich, der horizontale bis auf einen kleinen Theil in der Nähe der Schulter mit Catgutnähten vereinigt wurden. Zum Schluss wurde der Lister'sche Verband angelegt. Die ganze Operation dauerte etwa ein halbe Stunde. Patient war nach derselben sehr geschwächt und in hohem Grade aufgeregt, so dass er im Bett festgehalten werden musste. Dabei stellte sich etwa nach 6 Stunden eine nicht unbedeutende Nachblutung ein, die mich zwang den Verband abzunehmen, die Nähte zu durchschneiden und einen ziemlich grossen Zweig der Art. subscapularis zu unterbinden. Da es mir an Assistenz fehlte, musste ich von der

Sutur absehen und konnte die Wundränder nur mit Heftpflasterstreifen vereinigen. — Die ersten 8 Tage nach der Operation zeigte die Wunde ein unreines Aussehen, der Ausfluss war ichorös, allmälig reinigte sie sich aber, die Eiterung wurde normal, und die Wundränder fingen an zu verwachsen. Der Allgemeinzustand verbesserte sich auch in dem Maasse als örtliche Besserung eintrat, und 3 Wochen nach der Operation, konnte der Kranke schon ohne fremde Unterstützung im Zimmer auf und ab gehen. Gegen Ende Mai war die Operationswunde geheilt, bis auf zwei Fisteln, von denen die eine von der hinteren Schulterfläche etwa in der Höhe des Gelenkfortsatzes nach vorn, unten und innen zu der oben erwähnten Incisionsöffnung vom 19. Februar führte; die andere gleich hinter der ersten beginnend, verlief nach unten und öffnete sich in der hinteren Wand der Achselhöhle. Aus beiden Fisteln, in welche Drainröhren eingeführt waren, ergossen sich nicht bedeutende Eitermengen, alle Versuche dieselben zur Heilung zu bringen waren fruchtlos. Die zurückgebliebenen Narben exulcerirten stellenweise oberflächlich, heilten aber gleichfalls leicht wieder zu, um nach einiger Zeit wieder an neuen Stellen neue Ulcerationen zu zeigen. Ein bedeutender Theil der Scapula, besonders die Pars infraspinata regenerirte sich nach etwa 4 Monaten. Active Bewegungen der linken Schulter sind unausführbar. Indem der oben beschriebene Zustand ständig blieb, verbesserte sich der Allgemeinzustand des Patienten im Sommer 1877 sehr bedeutend, und konnte auch den ganzen Winter über gut genannt werden. Erst Anfangs Februar dieses Jahres traten wieder Appetitmangel und Durchfälle ein, die letzteren waren sehr hartnäckig und konnten höchstens auf einige wenige Tage gestillt werden, um nur zu bald wiederzukehren. Dabei sanken die Kräfte des Patienten wieder sichtlich; gleichzeitig trat profuse Eiterung aus den Fisteln ein und dieselben vergrösserten sich nicht unbedeutend. In diesem Zustande verliess der Kranke das Hospital in den ersten Tagen des März, um sich angeblich zu den Seinigen auf das Land zu begeben. Nachträglich erfuhr ich, dass er sich in das hiesige jüdische Krankenhaus hat aufnehmen lassen, wo er sich noch gegenwärtig befindet, und wo sich sein Zustand wieder gebessert haben soll.

Obgleich nun die von mir ausgeführte Operation nur ein relativ günstiges Resultat herbeigeführt hat, so wage ich sie doch zu den gelungenen zu zählen, da sie jedenfalls das äusserst bedrohte Leben des Kranken verlängert und seine Gesundheit bedeutend gebessert hat. Andere Chirurgen, welche diese sehr seltene Operation ausführten, können sich kaum besserer Resultate rühmen. Der einzige Fall vollständiger Genesung trat nur, so viel mir bekannt ist, bei einem von Syme (1856) operirten Kranken ein, welchem zuerst wegen einer Neubildung der Humeruskopf resecirt wurde und nachträglich erst, als ein Recidiv eintrat, das ganze Schulterblatt nebst einem Theil der Clavicula exstirpirt wurde. Heyfelder's (1857)

Kranker, an welchem die Operation wegen Caries vorgenommen wurde, starb schon 10 Tage darauf an Erschöpfung. Die anderen mir bekannten Exstirpationen der Scapula allein lieferten auch nicht glänzende Resultate.

Die schlimmen Ausgänge der Operation mögen, ganz abgesehen von der ungünstigen Gestaltung der sehr grossen Operationswunde, deren Gefahr durch den Lister'schen Verband gegenwärtig in so hohem Grade gemindert wird, hauptsächlich darin bestehen, dass man sich gewöhnlich erst zu diesem so bedeutenden Eingriffe entschliesst, wenn der Kräftezustand der Kranken schon zu sehr herabgekommen ist, um noch die Heilung zu ermöglichen. Jedenfalls wäre es empfehlenswerth, besonders bei fortschreitender Caries, so früh als möglich zu operiren, und die Ausgänge würden sich alsdann gewiss besser als bisher gestalten.

Warschau, den 20. Mai 1878.

E. Ziegler. Ueber die subchondralen Veränderungen der Knochen bei Arthritis deformans und über Knochencysten.

(Virch. Arch. Bd. LXX. p. 502.)

Es ist bekannt, dass die Difformirung der Gelenkenden bei Arthritis deformans zum grossen Theil auf subchondralen Knochenschwund zurückzuführen ist. Die Art des letzteren ist noch wenig untersucht.

Makroskopisch am meisten auffallend finden sich bald in nächster Nähe des Knorpels, bald tiefer im Knochen Cysten. Dieselben sind meistens von einer ziemlich derben Membran umgeben. — Neben den Cysten finden sich in der Spongiosa häufig kleinere, seltener grössere compacte Herde, bald milchweiss leicht durchscheinend — (hyaline Enchondrome) — bald mehr opak derb aussehend (fibröse Herde). Stellenweise ist das Knochenmark allein verändert, enthält weniger Fett, ist von röthlicher, gallertiger Beschaffenheit. Diese Veränderungen sind auf verschiedene krankhafte Processe im Knochen und Knochenmark zurückzuführen. Die wesentlichsten sind die mit gewissen Veränderungen der Knochengrundsubstanz verbundene Proliferation der Knochenzellen und die Recartilaginescenz des Knochens in Verbindung mit einer fibrösen Metamorphose theils des Knochens, theils des Knochenmarkes. An beiderlei Processe schliesst sich eine Erweichung besonders der knorpelig gewordenen Theile und Cystenbildung an. Durch diese verschiedenen in mannigfacher Weise sich combinirenden Processe, denen oft noch einfache Resorptionsvorgänge am Knochen sich anschliessen, wird der subchondrale Knochen bedeutend verändert, zum Theil vollkommen vernichtet.

Die erwähnten Enchondrome haben den gewöhnlichen typischen Bau hyaliner Enchondrome. Sie entstehen aus dem Knochen, nicht aus dem Markgewebe. Ihr Zusammenhang mit dem Knochen ist meist

leicht nachzuweisen, indem sie, so lange sie klein sind, oft vollkommen innerhalb eines Knochenbalkens liegen. An der Stelle, an der sie mit demselben zusammenhängen, ist meistens bedeutende Vermehrung der Knochenzellen nachzuweisen, als Einleitung neuer Knorpelbildung. Die Grundsubstanz verliert ihre lamellöse Beschaffenheit, wird körnig und streifig. In den Knorpelzellen der Enchondrome findet sich oft endogene Zellenbildung.

Oft ist die Knochenzellenvermehrung derartig reichlich, dass die Grundsubstanz vollständig schwindet und stellenweise Rundzellengewebe (wie Sarcomgewebe) entsteht.

Das Knochenmark ist bei dem Processe stellenweise wesentlich mitbetheiligt. Das Fett schwindet, das Markgewebe erhält zum Theil den Charakter des Schleimgewebes, zum Theil wird es ein dichtes Fasergewebe, das hin und wieder ein faserknorpeliges Aussehen bietet.

Die Cysten gehen hervor aus Erweichung des recartilaginescirten Knochens. Die Grundsubstanz gewinnt dann ein trübes, körniges Aussehen und zerklüftet, die Zellen sehen blasig aufgetrieben aus, die Höhlen erweitern sich mehr und mehr, schliesslich erweicht das ganze Gewebsstück.

Diese Befunde haben gewiss auch allgemeinere Bedeutung für die Histologie des Knochengewebes. Sie zeigen wiederum deutlich, dass der Knochen durchaus kein stabiles Gebilde ist, dass die Knochenzellen sehr wohl einer Proliferation und die Grundsubstanz einer Metaplasie fähig sind.

Verf. macht darauf aufmerksam, dass wohl die (Peri-) Arthritis deformans mit ihren nutritiven Störungen in einzelnen Fällen als ätiologisches Moment der Enchondrombildung angesehen werden kann. Ebenso unterstützt die Kenntniss der Erweichung von Enchondromen zu Cysten bei Arthritis die Virchow'sche Ansicht über die Entstehung bestimmter Knochencysten aus enchondromatösen Knoten.

Madelung (Bonn).

C. Gies. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Arsens auf den Organismus.

(Arch. für experim. Path. und Pharmak. Bd. VII. p. 175.)

Die Versuchsthiere von G. waren Kaninchen, Hähne und Schweine, die er fast 4 Monate hindurch mit allmälig steigernden Dosen von arseniger Säure fütterte, und zwar bei Kaninchen 0,0005—0,0007, Schweinen 0,005—0,05, bei Hähnen 0,001—0,008 g pro die; bei allen diesen Thieren nahm das Körpergewicht und speciell das Fettpolster zu. Junge wachsende Thiere zeigten gesteigertes Knochenwachsthum und zwar epiphysär wie periostal. Ueberall wo in der Norm Spongiosa vorkommt, zeigten die Arsenthiere compactes Knochengewebe, so z. B. die Knochen des Carpus und Tarsus durchweg solide Knochenmasse. Aehnlich wie bei Fütterung kleiner Gaben von Phosphor (Wegner), fand sich bei den Arsenthieren unterhalb der Epiphysen-

knorpel eine compakte Schicht, am stärksten an der oberen Humerus- und der unteren Femurepiphyse. Schon nach 19tägiger Fütterung, nachdem im Ganzen 0,02—0,035 g arsenige Säure eingeführt waren, traten diese Veränderungen in die Erscheinung. Sehr merkwürdig ist das Resultat, dass auch bei Thieren, die mit den Arsenthieren in dem nämlichen Stalle gehalten wurden, die gleichen Veränderungen an den Knochen sich ausbildeten. Die Ursache hiervon wird von G. auf die Einwirkung der arsenigen Säure zurückgeführt, die von den Versuchsthieren ex- und perspirirt ward (? Ref.). Brachte G. Thiere in einen Käfig, unter dessen durchbrochenem Boden arsenige Säure ausgestreut war, ohne dass letztere von den Thieren per os aufgenommen werden konnte, so traten allmälig dieselben, oben beschriebenen Veränderungen an den Knochen auf.

Bei ausgewachsenen, arsengefütterten Thieren zeigte die Corticalschicht eine erhebliche Verdickung und von anderen Veränderungen: Verfettung des Herzmuskels, der Leber, der Nieren, ja sogar der Milz (? Ref.). Wie es zu verstehen ist, dass ungeachtet dieser erheblichen pathologischen Veränderungen innerer Organe die Thiere sich gut befanden, schwerer und fetter wurden (s. oben), diesen Widerspruch berührt G. mit keiner Silbe.

Auf grössere Gaben arseniger Säure trat unter Zurücktreten der Knochenveränderungen chronische Arsenvergiftung in die Erscheinung (Gastritis, Hyperämie der Darmschleimhaut, starke fettige Degeneration der Herzmuskulatur, der Leber, der Nieren und der Milz).

Die von arsengefütterten Kaninchen geworfenen Jungen waren ausnahmslos todt; sie boten neben beträchtlicher Körpergrösse und bedeutender Hypertrophie der Thymus an den Knochen die ersten Anfänge der oben erwähnten Veränderungen dar.

J. Munk (Berlin).

Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung des Spitals zu Basel im Jahre 1877. (106 S.)

Die Zahl der verpflegten Kranken ist um 70 gegen das Vorjahr gewachsen; sie betrug 705, davon starben 32. Auf die 140 Operirten kommen 12 Todesfälle; 4 Mal führte Septikaemie, 1 Mal Pyaemie, 1 Mal Tetanus zum Tod. Von 19 Erysipeln sind 18 im Spital entstanden. Die Wundbehandlung ist dieselbe geblieben: Lister's Verband, Salicylwatte, Chlorzink. Von wichtigeren Operationen mögen genannt werden:

7 Amputationen des Oberschenkels (1†),
7 - - Unterschenkels,
1 Amputation nach Syme (ungeheilt),
2 Amputationen - Pirogoff (1 noch in Behandlung),
1 Amputation des Oberarms,
1 - - Vorderarms,
1 Resection des Kniegelenks (ungeheilt),
3 Resectionen - Ellbogens (2 noch in Behandlung),
1 Resection - Handgelenks.

Tödtlich verliefen eine Resection des Olecranon, des Metatarsus, der V. Rippe; ebenso von 4 Herniotomien 3, von 5 Mammacarcinom-Exstirpationen 1 und 1 Ovariotomie (Tod 1/2 Stunde nach der Operation).

Eine Uranoplastik mit Staphyloraphie führte zur Heilung. Von 8 complicirten Unterschenkelbrüchen wurden 6 conservativ behandelt mit 1 Todesfall durch Tetanus, bei zweien wurde primär amputirt.

Interessant ist ein Fall von bohnengrossem Fibrosarcom der Dura, das ins innere Ohr vorgedrungen war (näher beschrieben im Archiv für Ohrenheilkunde 1877), ferner ein centrales Cystosarcom im mittleren Theil des Unterkiefers, wo nach totaler Resection von einem Eckzahn zum andern Sprechen und Kauen nicht in höherem Grad gestört waren. Auf eine penetrirende Schusswunde in der Gegend des Herzspitzenstosses folgt eine Pleuritis und Pericarditis, aber nach 7 Wochen wird die Revolverkugel ausgehustet und Pat. nach 10 Wochen geheilt entlassen. Eine kindskopfgrosse, reponible Leistenhernie ist durch Radicaloperation mittelst Catgutligatur am Bruchsackhals und Excision des Sackes geheilt. Ausser dem obengenannten Fall von Tetanus ist noch ein zweiter chronisch verlaufender und in Genesung endender in diesem Jahre vorgekommen.

Mögling (Schwenningen).

Keen. Paper lint.

(Philad. med. Times 1878. März 30. p. 294.)

Zum Ersatz des theuren Lint und der noch theureren Lister-schen Verbandstoffe gebraucht K. ein papierähnliches Fabrikat von der Dicke des Lint und von sehr grosser Saugkraft für Flüssigkeiten, ähnlich der des besten Lösch- und Filtrirpapiers. Um der leichten Zerreisslichkeit des nassen Stoffes vorzubeugen, wird bei der Fabrikation etwas Baumwolle untergeschossen. Das Papier kann mit der grössten Leichtigkeit mit antiseptischen Substanzen imprägnirt werden. Der Kostenpreis ist sehr gering, der Stoff kann selbstverständlich nur einmal zum Verbande benutzt werden. K. hat sehr gute Resultate mit diesen Papierverbänden aufzuweisen. Papierverbandsstoffe aller Art, auch Cataplasmen, Protectivpapier u. s. f. fertigen an in Philadelphia, Wyeth & Bro., u. J. Huffnayle, New Hope, Bucks County, Pennsylvania. (In der Strassburger chir. Klinik sind bereits im Winter 1875/76 Verbände mit von Huffnayle bezogenem Verbandpapier gemacht worden. Ref.)

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Talko. Die Schusswunden des Auges aus dem russisch-türkischen Kriege vom Jahre 1877.

(Gazeta lekarska 1878. No. 7—12; polnisch.)

Vom 12. Sept. 1877 bis 1. Jan. 1878 wurden in 7 im Königreich Polen gelegenen russischen Militärspitälern 4882 kranke Krieger

aus der Donauarmee davon 1956 Verwundete placirt. Darunter waren 19 Fälle von Schusswunden des Auges, d. h. 1 : 103, was überhaupt den statistischen Berechnungen Cohn's aus dem deutsch-französischen Kriege entsprechen würde. 10 Kranke wurden von T. selbst beobachtet, die übrigen 9 Fälle verdankt er Berichten anderer Collegen. — Das rechte Auge wurde 11 Mal, das linke 8 Mal verwundet, was mit früheren Beobachtungen nicht übereinstimmt, nach denen das rechte Auge bei Selbstverletzungen öfters gefährdet wird; das linke bei Verletzungen, die von anderen Personen ausgehen. — Verf. machte die Beobachtung, dass die Projectile sehr oft in der Wunde selbst sich theilen und somit Verletzungen geben, die jenen von Sprengkugeln verursachten gleichen, oder noch vor dem Eintritt in den Körper und dann mehrere kleinere neben einander gelegene Schusswunden hervorbringen. So geschah es in einem Falle, wo zwei Wunden im Gesichte, die dritte im Augapfel sich befand, aus dem man nach einem Monate ein spiralförmig gewundenes Stück Projectil herauszog. In einem anderen Falle drang das Projectil (System Peabody-Martini) am inneren Ende der Augenbraune in die Augenhöhle, zerstörte den Augapfel, von dem nur ein Stumpf wie nach Enucleatio bulbi verblieben war und wurde später an der äusseren Augenhöhlenwand aus dem zurückgebliebenen Conjunctivalsack herausgeholt.

Ueberhaupt wurden obige Wunden in 14 Fällen durch volle Projectile Peabody-Martini, in 4 Fällen durch ihre Splitter und in 1 Falle durch Granatsplitter verursacht. —

Die Verletzung betraf:

den Augapfel selbst	bei	3	Kranken.
- - mit Lidern	-	4	-
- - sammt den Augenhöhlenknochen	-	4	-
nur die Augenhöhlenknochen	-	5	-
Augenlider und Gesicht	-	1	-
Processus zygomaticus	-	1	-
Fossa canina	-	1	-

Bei 1 Kranken constatirte T. eine unbedeutende Verminderung der Sehschärfe, in 3 Fällen eine bedeutende und in 13 Verlust des Gesichtes. **Obaliński** (Krakau).

Uhde, Hagemann, Boettger (Braunschweig). Luxatio atlantis violenta. (Nebst Tafel.)

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII. Hft. 1. p. 217.)

Die Verff. beschreiben eine bilaterale Luxation des Atlas, bei der die rechts gelegene untere Gelenkfläche des Atlas nach vorn vor die entsprechende Gelenkfläche des Epistropheus und die links gelegene untere Gelenkfläche des Atlas nach hinten hinter die obere entsprechende Gelenkfläche abgewichen war, wie solches die Stellung des linken Processes transversus atlantis zeigte. Der Pat., Dachdecker, war von einem 30 Fuss hohen Dach herabgefallen. Ueber

die Aetiologie liessen sich keine zulänglichen Umstände ermitteln. Es bestand eine Drehung des Kopfes um seine drei Axen, indem die rechte Gesichtshälfte nach vorwärts gerichtet, die Gesichtslinie zu der Mittellinie des Körpers schräg gestellt war, das Kinn vortrat, die Stirn zurückwich. Dabei bestand linkerseits Lähmung des Plexus pharyngeus und des Nerv. hypoglossus, rechterseits isolirte Lähmung des Nerv. glossopharyngeus. Durch genaue anatomische und experimentelle Untersuchungen, auf deren Details wir hier nicht näher eingehen können, wurde die Möglichkeit besagter Nervenverletzungen in Folge der Luxation nachgewiesen. Auch der Nervus access. W. erleidet nach den Versuchen an derselben Stelle wie der Nerv. hypoglossus eine Zerrung, auf welche die bei dem Pat. vorhandene Lähmung des linken Gaumensegels zurückgeführt wurde, indem nämlich der Plexus pharyngeus, welchen der vordere Ast des Nerv. access. W. bilden hilft, unter der Zerrung des Nervenstammes leidet. Weiter zeigten die Experimente, dass bei dieser Luxation das Rückenmark keinen Druck zu erleiden braucht, weiter die Art. vertebralis ganz unversehrt bleibt.

Die Reposition der luxirten Wirbeltheile wurde am zweiten Tage nach stattgehabter Luxation ausgeführt. Es wurde Extension, starke Beugung des Kopfes nach der linken Schulter, endlich schnelle Rotation nach rechts und hinten gemacht, combinirt (beim zweiten derartigen Versuch) mit einem directen Druck auf den nach hinten abgewichenen linken Proc. transversus des Atlas. Reposition nicht vollständig. Der Zustand besserte sich aber bedeutend, nachdem eine Zeit lang Extension mit der Glisson'schen Schwinge gemacht wurde. Pat. war nach Verlauf einiger Wochen im Stande, den Kopf nach jeder Richtung hin zu bewegen. Von den früheren Lähmungen waren nur geringe Spuren übrig.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Rose (Zürich). Geheilter Fall von Verwundung der Vasa femor. profunda.

(Correspondenzbl. für schweiz. Aerzte Bd. VII. 1877.)

Einem Metzger fährt am 30. Sept. 1876 beim Fleischpräpariren des Morgens das Messer in den rechten Oberschenkel; starke Blutung, die schliesslich durch Aufdrücken der Finger gestillt wird, aber jeden Transport unmöglich macht. Abends findet R. den Pat. noch auf der Bahre, theilnahmlos, ohne Verband, 120 Puls. 4 Finger unter dem Poupart'schen Bande, gerade auf dem Sartorius fand sich eine 3 cm lange, $^1/_2$ cm klaffende mit Coagulum verstopfte Längswunde. Erweiterung der Wunde in Narkose auf 3 Zoll nach Digitalcompression der Femoralis am Becken. Das verstopfende Coagulum wird durch den Zeigefinger ersetzt. Der Stich geht durch den beiläufig 4 Finger breiten Sartorius. Nachdem derselbe umgangen war, kam R. in dem überall schwarz blutig infiltrirten Gewebe in

Blutklumpen, nach deren Entfernung der Finger vergebens nach einem Loch in der Femoralis tastete; das hervorströmende Blut scheint von ihrer Rückseite zu kommen. Blosslegung der Arterie am obern Ende der Wunde; der Faden wird versuchsweise angezogen; der Puls steht, die Blutung nicht; Entfernung des Fadens. Da ohne weitere Assistenz nicht fertig zu werden war, der Puls schlecht wird, wird ein Schwamm in die Höhle gepresst. Nun wird der Schnitt bis zum comprimirenden Finger des 2. Assistenten verlängert, die Femor. comm. dicht unter dem Poupart'schen Bande unterbunden; der Puls hört auf, die Blutung nicht bei Lüftung des Schwammes. Nun wird mit Vermeidung der Saphena der Hautschnitt nach unten verlängert und dicht am Adductorenring, die innen und vorn eingeschnittene Art. prof. femor. doppelt unterbunden, dennoch blutet es so bedrohlich weiter, dass unter dem Schwammtampon $^1/_4$ Stunde abgewartet werden muss, bis der Puls fühlbar wurde. Nachdem jetzt ein kräftiger Mann mit beiden Händen in der Wunde die Muskeln Quadriceps und Sartorius nach aussen gezogen, ein anderer die Adductoren mit den Vas. fem. superf. nach innen, fand R. endlich die Quelle der Blutung in einer 4 cm lang klaffenden durch und durch getroffenen Ven. femor. prof. Indem so die Seitenwände die Verbindung beider Enden des Gefässes aufrecht erhielten, wurde es einerseits am Zusammenfallen gehindert, andrerseits im schwarzen Blutstrom so leicht übersehen. Nach doppelter Unterbindung der Vene in der über 10 cm tiefen Wunde rieselt es noch immer schwarz aus der Wunde; es mussten noch 2 in die Rückseite des abgebundenen Venenstücks einmündende gänsekieldicke Venen unterbunden werden. Die Compression der Vasa poplitea war bei der Venenblutung erfolglos. Offene Wundbehandlung in einer Schiene; Oelläppchen in die Tiefe. 3. Oct. Extremitäten noch pulslos aber warm. Delir. tremens. Täglich 2 Gran Morph., 5 Schoppen Wein durch Kirschwasser verstärkt, kräftige Nahrung. Am 11. Oct. erster Schlaf, bis zum 12. gehen 13 Ligaturen ab; am 30. Oct. die der Femor., am 16. fieberfrei. Ende December Heilung, nur Extensor hall. long. ist gelähmt, beide Popliteae pulsiren. Narbe 14 cm lang, 4 cm breit. — Dieser für die Lehre von den grossen Venenverletzungen so wichtige Fall beweist die Nutzlosigkeit der Unterbindung der zuführenden Arterie, kurz die Nothwendigkeit der doppelten Unterbindung in loco, die R. früher dicht am Poupart'schen Bande betont hatte (cfr. Centralbl. f. Chir. 1875 p. 761), auch für die Gegend des Adductorenrings. **Pauly** (Posen).

Schneider. Beschreibüng eines Exarticulationsstumpfes nach Chopart.

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII. Hft. 1. p. 235.)

S. machte im Nov. 1874 wegen Frostgangrän eine Exarticulation nach Chopart, wobei er zur Bedeckung einen hinreichend grossen,

bis zu den Zehenballen reichenden Plantarlappen bilden konnte. Es trat Equinusstellung des Stumpfes ein. Heftpflaster- oder Gypsverbände, welche den Stumpf aufrichten sollten, sind während der Nachbehandlung nicht angewandt. Ebensowenig wurde später eine passende Prothese getragen. Zwar war Patient im Stande, grössere Fusstouren zu machen, doch war sein Gang schwankend und unsicher und empfand er Schmerzen im Stumpfe. Achillessehne war nicht gespannt. Die Narbe berührte niemals den Fussboden. — $2^1/_4$ Jahre nach der Operation starb der Patient.

Die anatomische Untersuchung des Stumpfes ergab folgendes Resultat: Stellungsveränderung des Talus und Calcaneus. Beide haben sich etwa um 30° nach unten gedreht. Fersenhöcker stark nach oben, etwas nach hinten gerückt. Die untere Fläche vom vorderen Fortsatz des Fersenbeins bildet den Stützpunkt beim Gehen und Stehen. Die Tibia ist auf den hinteren Rand des Talus gerückt. Die Dorsalflexion ist nicht durch Spannung der Achillessehne gehindert, sondern durch eine starke Schrumpfung des hinteren Theiles von dem Kapselbande des Fussgelenks. Diese Schrumpfung wurde bedingt durch die dauernde Verschiebung der Tibia auf den hintersten Theil der Gelenkfläche des Talus, durch die dauernde Annäherung der Insertionen der hinteren Kapselwand. — Das Gelenk zwischen Tibia und Talus, sowie zwischen Talus und Calcaneus nicht verödet. — Die Mm. tib. ant., ext. halluc. long., ext. dig. com. long. fest mit der Narbe verwachsen; sie ermöglichen die Dorsalflexion. Mm. peron. long. und brevis heften sich an die äussere Seite des vorderen Theiles vom Calcaneus an. Mm. flex. dig. com. long. und flex. halluc. long. sind oberhalb des Malleol. int. mit einander und mit der Tibia verwachsen. Diese Sehnen endigen unterhalb des Malleol. int. im Plantarlappen ohne feste Insertion am Knochen.

S. hat überhaupt nie gute Erfolge nach der Chopart'schen Exarticulation gesehen. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

Huberty. Ueber die Knochenbrüchigkeit bei Krebskranken.

Inaug.-Dissert. Bonn 1878. April.

In kritischer Weise verwerthet Verf. ein aus eigenen Beobachtungen, sowie aus in der Literatur gesammelten Fällen bestehendes Material. Er zählt 19 neue Fälle zu den von Gurlt bis zum Jahre 1858 zusammengestellten 36 hinzu. Grossentheils lässt sich die Brüchigkeit auf Geschwulstmetastasen zurückführen, wobei freilich auffallende und schwer erklärbare Vorgänge auftreten. Hinsichtlich der Details ist auf das Original zu verweisen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Bertrand. Ueber die hypodermatische Behandlung der Syphilis.

Inaug.-Dissert. Bonn 1878. März.

Verf. verfolgt die hypodermatische Behandlung der Syphilis in kurzen Zügen von ihren Anfängen, der ersten Sublimatinjection Hebra's 1860, bis jetzt, führt seine an 62 Patienten gemachten Beobachtungen an, bei welchen Lewin'sche, Bamberger'sche, Stern'sche, Kratschmer'sche Lösungen und Calomelsuspension in Anwendung kamen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Bottini. Casuistica di medicina operatoria.

Torino, tipografia **Vercellino e comp.,** 1878.

1. Kehlkopfexstirpation.

Ein 48jähriger Mann leidet seit ungefähr 7 Monaten an heftigen Schmerzen in der Kehlkopfgegend. — Später Stimmlosigkeit und Schlingbeschwerden — entsprechend dem rechten Schildknorpel eine Anschwellung fühlbar. Trotz der sorgfältigsten Behandlung verschlimmerte sich der Zustand — den 29. August 1877 Exstirpation des Kehlkopfes mittelst des galvanokaustischen Messers und der galv. Schlinge — die Operation gelang vollkommen unblutig — der Operirte starb am 3. Tage wahrscheinlich an Pneumonie. — Mit dem Kehlkopf wurde die entsprechend mitergriffene Partie des Oesophagus exstirpirt — die Untersuchung der entfernten Theile wies eine ziemlich weit gediehenes Epitheliom des Larynx nach. —

2. Osteoplastische Resection nach v. Bruns zur Exstirpation eines Cylindroms, welches die rechte Nasenhöhle erfüllte, und in die rechte Augenhöhle durchbrochen war. — Rasche Heilung.

3. Totale Exstirpation der Parotis und lymphosarcomatöser Nackendrüsen.

19jähriges Mädchen — Beginn der Geschwulst im 14. Lebensjahre, 1. Exstirpation August 1876; Operation der Recidive Oct. 1877 — dauernde Facialislähmung. — In den exstirpirten Drüsen fanden sich käsige Herde. —

4. Exstirpation eines colossalen Enchondroms des Beckens.

Es handelt sich um einen $6^1/_2$jährigen Knaben, an welchem seit dem 3. Lebensjahr in der rechten Schambeingegend eine haselnussgrosse Geschwulst sichtbar wurde. Zur Zeit der Operation erstreckte sich die Geschwulst von der Symphyse bis zur rechten Spina anterior superior. Der Knorpeltumor ging von der rechten Schambeinepiphyse aus. Nach der Exstirpation war der Knabe in 18 Tagen vollkommen geheilt.

Menzel † (Triest).

Kusmin. Ein geheilter Prolapsus cerebri nach Schussverletzung des Schädels.

(St. Petersb. med. Wochenschrift 1878. No. 17. p. 141.)

Dem L. T., 26 Jahr alt, drang am 18. Juli 1877 eine Kugel durchs linke Scheitelbein vorn oben mit kleiner Oeffnung ein und verliess 5 cm abwärts am linken Ohr den Schädel mit bedeutender Knochenzertrümmerung und gefolgt von einem $5^1/_2$ cm breiten, $3^1/_2$ cm hohen Prolaps des von der Dura bedeckten Gehirns. Der status praesens (wann? ist nicht angegeben) ist folgender: Rechtsseitige Lähmung; Bewusstsein, Verstand und Gedächtniss vollkommen erhalten, dagegen der Wortvorrath auf ein halbes Dutzend Wörter herabgesunken. Sensibilität und Reflexerregbarkeit an der gelähmten Seite intact, bei Druck auf den Prolaps Schmerz, aber keine Krämpfe. Puls, Respiration, Harn und Stuhlentleerung normal. Nach Eröffnung eines subperiostalen Abscesses oberhalb des Vorfalls rasche Heilung. Der Kranke befand sich am 15. Nov. 1877 ganz wohl.

Mögling (Schwenningen).

J. Pauly. Beiträge zur Tracheotomie. Inhalationen durch die Kanüle nach Tracheotomie bei Croup und Diphtheritis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 8.)

In einem sehr lesenswerthen Aufsatze schildert Verf. die erfreulichen Erfolge, welche er Inhalationen durch die Kanüle nach Tracheotomie verdankt. Angewandt als Inhalanda wurden Milchsäure und besonders Kalkwasser. Ausserdem nahm Verf. die Aspiration zu Hülfe. Die bezüglichen Fälle sind ausführlicher beschrieben und geben Veranlassung, öfter interessante Bemerkungen einzustreuen.

v. Mosengeil (Bonn).

Völkel. Bruststichwunde mit Lungenvorfall; merkwürdige Heilung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 7.)

Aus einer 1 cm langen Stichwunde durch den Thorax (in der linken Axillarlinie unter der achten Rippe) ging anfangs die Luft beim Athmen mit laut hör-

barem Geräusch ein und aus; ein Stück Lunge prolabirte, schwoll an und verstopfte so den Zugang für die Luft; zugleich stand die Blutung, und der Patient konnte besser athmen; linksseitig fand sich stark entwickelter Pneumothorax. Da die Reposition des prolabirten Lungenstückes nicht möglich war, überliess Verf. dasselbe sich selbst; es vergrösserte sich anfänglich etwas, starb aber nicht ab, bedeckte sich mit Granulationen und zog sich allmälig zurück. Ein letzter erbsengrosser Knopf wurde durch Aetzung zerstört, wonach völlige Uebernarbung eintrat und Heilung erfolgte. **v. Mosengeil** (Bonn).

Lossen. Die Resection der Rippen bei retrocostalen Abscessen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 9.)

Die genannte Operation wurde 1859 von Roser vorgeschlagen, um Empyemfisteln dauernd zu erweitern und so zu heilen und 1865 führte Roser auch in einem geeigneten Falle die Operation erfolgreich aus. 1869 folgte ihm Simon und fand gleich guten Erfolg. Die Operation wurde danach ferner von Vielen geübt. L. theilt einen Fall aus seiner Praxis mit, der eine 19jährige Dame betraf, die seit 17 Jahren eine feine nässende Thoraxfistel zwischen 6. und 7. Rippe in der rechten Mammillarlinie hatte. Dieselbe war schon einige Male gespalten worden, ohne Heilung zu erzielen. Die von L. vorgenommene Resection der beiden Rippen in Ausdehnung von je 2 cm legte eine faustgrosse Abscesshöhle frei, die sich danach wohl verkleinerte, aber erst schloss, nachdem noch eine ausgiebigere Wiederholung der Operation erfolgt war. — **v. Mosengeil** (Bonn).

Bancel. Plaie pénétrante de l'abdomen par instrument tranchant, produite dans un accès de délire; perte considérable de substance de l'épiploon. Guérison.

(Revue médicale de l'est Bd. IX. No. 8. Avril.)

Ein Potator bringt sich im Delirium vermittelst eines ziemlich stumpfen grossen Messers mehrere Wunden bei, eine unterhalb des Nabels, aus der sofort ein Prolapsus von Dünndarmschlingen sichtbar wird. Im Zimmer des Deliranten selber findet man ausserdem am Boden 2 Netzlappen, der eine 18, der andere 12 cm lang. —

Reposition nach Durchtrennung der die innere Oeffnung beengenden Fascie und Entfernung zweier Netzstücke, Vereinigung der Wunde durch Nähte, Eisbehandlung. Heilung ohne Zwischenfall. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Lansing. Ergot in Hemorrhoids.

(Phil. med. Times 1877. No. 258.)

L. wandte in 5 Fällen von Haemorrhoiden das Ergotin in Form von Suppositorien (zu jedem 0,25), anfangs Tag und Nacht, später nur Nachts mit Erfolg an. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Lebouca. Le foramen supracondyloideum internum de l'humerus humain.

(Monographie. Gand. 1877. 12 S. 2 Fig.)

Bei einer grossen Zahl von Säugethieren findet sich am innern Rande des Humerus dicht über dem Condylus internus ein knöcherner Canal, canalis supracondyloideus, durch welchen der Nervus medianus und die Gefässe hindurchgehen. Als Analogon findet sich beim Menschen hin und wieder etwa 2 querfingerbreit oberhalb des untern Humerusendes ein etwa 1 Centim. hoher hakenförmiger Knochenfortsatz, von welchem fibröse Stränge nach dem Condylus internus hinziehen, derart, dass ein theilweise knöcherner, theilweise fibröser Canal zu Stande kommt, durch welchen der Nervus medianus und die Art. und Ven. ulnaris (bei hoher Theilung der Brachialis) hindurchgehen. Von der Basis des Knochenfortsatzes sowohl, als von den genannten fibrösen Strängen entspringen Fasern des Pronator teres, welcher quasi zweiköpfig wird. Die beiden Figuren geben diese Anomalien wieder, welche 1 Mal bei einem linken männlichen und einmal bei einem rechten weib-

lichen Humerus gefunden wurden. In der Literatur finden sich etwa 100 Fälle beschrieben von Tiedemann 1822, Otto 1839, Knox, Wilbrand, Quain, Struthers, Deville, W. Gruber (1849—67 etwa 47 Fälle), Barkow und J. B. Perrin (siehe Literaturtabelle pag. 8 des Originals).

E. Fischer (Strassburg i/E.).

H. Page. Case of a popliteal aneurism; ligature of the femoral after failure of Reid's method.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 414.)

Der 28jährige Mann, bisher gesund, bekam vor 4 Wochen Schmerzen in der Wade, vor einigen Tagen konnte er nicht mehr auftreten und bemerkte eine Anschwellung in der Kniekehle, die alle Erscheinungen eines Aneurysma zeigte. Das angelegte Tourniquet musste Schmerzens halber nach 2 Tagen entfernt werden. Jetzt wurde eine elastische Binde bis zum Aneurysma und nach Anfüllung desselben eine 2. über dasselbe am Oberschenkel, zum Abschluss der Esmarch'sche Schlauch angelegt. An dem gefüllten Aneurysma wurden sanfte »Manipulationen« nach Pemberton's Vorschlag ausgeführt. Nach 25 Minuten musste der Schmerzen wegen Chloroform benutzt werden. Vor Abnahme der Binden und des Schlauchs (nach $1^1/_2$ Stunden) wurde ein Tourniquet auf 12 Stunden an die Femoralis angelegt; jetzt erschien der Tumor fester und geringer pulsirend. Pat. klagte über Abgestorbensein des Beines. 5 Tage nach der ersten Application wurden wieder für eine Stunde die Binden und der Schlauch angelegt, und nach ihrer Entfernung das Tourniquet über 24 Stunden benutzt; Sensationen im Bein traten dieses Mal nicht auf. Als einige Tage später das Aneurysma wirklich fester und weniger expansibel erschien, wurde Esmarch's Binde noch einmal auf 1 Stunde angelegt. Doch nahm bald die Pulsation wieder stärker zu, so dass P. nach wenigen Tagen zur Ligatur der Femoralis mit Catgut schreiten musste. Die Heilung des Aneurysma erfolgte rasch. Die von Wagstaffe und Reid vorgelegten Präparate ihrer Popliteal-Aneurysmen zeigen, dass ausser im Aneurysma auch Thrombosirung der Poplitea auf einige Zoll Länge erfolgt war, und es ist somit nach P. die Auffassung nicht ganz von der Hand zu weisen, dass in diesen Fällen die Heilung des Aneurysma vielleicht durch den Verschluss der Arterie erzielt worden ist, nicht durch die primäre Coagulation im aneurysmatischen Sacke. —

Pilz (Stettin).

J. Croft. Popliteal aneurism cured by the application of an interrupted elastic bandage and subsequent digital compression.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 85.)

Die 43jährige Frau bekam plötzlich vor 8 Monaten heftige Schmerzen in der linken Wade, die schnell weiter ausstrahlten; bald begann der Fuss zu schwellen; jetzt befindet sich in der Kniekehle ein weicher, pulsirender, orangengrosser Tumor. Die Circumferenz des linken Kniees beträgt $1^1/_2''$ mehr als die des rechten. Einwicklung mittelst elastischer Binde von den Zehen bis zum unteren Rande des Aneurysmas, dann muss Pat. eine Minute stehen; die weitere Einwicklung wird über dem oberen Rande des Aneurysma begonnen und bis zur Leistengegend geführt, die zwischen beiden Binden freigebliebene Haut der Kniegegend ist dunkel gefärbt, die Circumferenz wird um $^1/_8''$ stärker. (Morphium.)

Als nach 1 Stunde die Binden abgenommen werden, erscheint noch eine schwache Pulsation im Aneurysma; Digitalcompression der Femoralis. Nach 5 Stunden 30 Minuten ist die Pulsation kaum noch zu bemerken. nach weiteren 20 Minuten erloschen. Das Bein wird in Watte gehüllt, Pulsation kehrt im festen Aneurysma nicht wieder. 10 Tage lang waren die kleinen Gefässe am Knie noch stark mit Blut gefüllt, allmälig wurde die Farbe der Haut wieder normal. Volle Heilung. Seit Reid's Publication (cfr. Centralbl. 1875. p. 793) sind weitere 8 Popliteal-Aneurysmen mit unterbrochener elastischer Einwickelung behandelt worden, 2 ohne Erfolg, bei allen ist die Compression der Femoralis mit ausgeübt worden; dieselbe ist anscheinend wesentlich für das Gelingen der Methode.

Pilz (Stettin).

Barwell. Popliteal aneurism; ligature of the femoral artery.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 123.)

Als Gegenstück zu Croft's glücklicher Behandlung mittelst elastischer Bindeneinwickelung berichtet B. über folgenden Fall. Ein 59jähriger kranker Mann hatte seit 18 Monaten ein Poplitealaneurysma, das jetzt 3″ lang und 2″ breit war und Pat. hinderte, den schmerzhaften Fuss aufzusetzen; der Kranke hatte früher an Rheumatismus und Syphilis gelitten. Sämmtliche Arterien, besonders die Axillares, pulsirten stark, waren rigide und geschlängelt. Die Einwickelung des ganzen Beines — ob mit Freilassung und Füllung des Aneurysmas ist nicht gesagt — mittelst elastischer Binde durch 70 Minuten ergab keine Aenderung, ebensowenig die erneute Einwickelung am folgenden Tage durch 5 Stunden. Nach Abnahme der Bandage erschien wieder Puls in dem hart gewordenen Aneurysma. Die bedrohlichsten Erscheinungen zwangen zur Ligatur der Femoralis unter antiseptischen Cautelen; die Temperatur der Beine bleibt die gleiche, am folgenden Tage besteht schwache Taubheit im Beine, das Aneurysma bleibt fest. Am 6. Tage ist die Operationswunde geheilt, am 13. kann Pat. ohne besondere Sensation im Beine gehen. Er wird geheilt entlassen. **Pils** (Stettin).

Manifold und **Campbell.** Popliteal aneurism.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 86.)

Im ersten Falle handelte es sich um einen 34jährigen Arbeiter, der seit 16 Tagen die charakteristischen Erscheinungen eines Popliteal-Aneurysma darbot; feste Einwickelung mittelst elastischer Binde von den Zehen bis zur Leiste, nachdem die Poplitealgegend mit einer Watteschicht bedeckt; an dieser Stelle wird die Binde nicht fest angelegt. Als die Binde nach $^3/_4$ Stunden abgenommen wird, ist das Aneurysma fester, aber noch schwach pulsirend, Tourniquet bleibt 4 Stunden über der Femoralis liegen. Nach 2 Tagen besteht noch leichte Pulsation im Sack; erneute Application von Esmarch's Binde ohne besseren Erfolg. Flexion des Beines. Heilung.

Das 2. Mal bot ein 39jähriger Mann mit ausgesprochener Atherose alle Zeichen eines Poplitealaneurysma dar. 3 Mal wurde vergeblich die Einwicklung mit elastischer Binde und Compression der Femoralis angewandt (— ob mit Freilassung des Aneurysmas ist nicht gesagt). Ligatur der Femoralis unter antiseptischen Cautelen heilte das Aneurysma. **Pils** (Stettin).

Pereira-Guimarez. Anévrysme de l'artère poplitée droite chez un individu jeune — Guérison au moyen de la compression mécanique, indirecte et intermittente de la fémorale au pli de l'aine.

(Gaz. des Hôpit. 1877. No. 118.)

Angeblich während eines im raschen Laufschritt ausgeführten Sprunges über einen Graben spürte der Pat., ein 26jähriger Arbeiter, einen Riss in der Wade, der ihn momentan zum Stillstehen zwang, aber keinen Schmerz und keine Functionsstörung hinterliess. Nach 14 Tagen musste er jedoch seine Arbeit unterbrechen, weil das Bein beim Stehen von einem heftigen Zittern befallen wurde. Er kam bald danach zur Behandlung und man erkannte ein Aneurysma der rechten Poplitea. Digitalcompression während $3^1/_2$ Stunden den ersten Tag, dann während 8 Tagen intermittirende Tourniquetapplication, worauf die Pulsation im Aneurysma aufhörte. 22 Tage wurde noch mehrere Stunden täglich die Femoralis in der Leistenbeuge comprimirt, worauf definitive Heilung eintrat, obwohl die Arterie oberhalb des Sackes noch schwach pulsirte. **Winiwarter** (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 29. **Sonnabend, den 20. Juli.** **1878.**

Weisbach. Bericht über die von ihm angestellten Versuche in der Herstellung resp. Abänderung und Verwendung von Schoen'schen Zinkblechschienen.

(Deutsche Militärärztliche Zeitschrift 1877. II. Jahrgang Hft. 11.)

Unter dem vielfachen zu Schienenverbänden im Kriege empfohlenen Material, das neben dem Vorzuge, leicht beschafft, resp. bequem in grösserer Menge mitgeführt werden zu können, die grösste Dauerhaftigkeit und Zweckmässigkeit besitzt, hält W. im Anschluss an die Ansichten von Neudörfer, von v. Langenbeck und Anderen die Zinkblechschienen für das Geeignetste. Er hat insbesondere die vom österreichischen Regimentsarzt Schoen angegebenen Zinkblechschienen einer eingehenden Untersuchung unterworfen. Von den

im Handel vorkommenden 1 m breiten, 2 m langen Zinktafeln scheinen ihm entgegen der van Hoeter'schen Ansicht die No. 8 u. 9 den Anforderungen der Kriegspraxis am Besten zu entsprechen, da stärkere Nummern, die allerdings bei jedem Klempner zu haben sind, zu dick sind, um sich in den Händen noch biegen zu lassen, zudem sich den Gliedern nicht so leicht ohne weitere Polsterung anschmiegen, als jene. Eine Tafel No. 8, im Gewicht von 4,9—5,4 kg, kostet 4—5 Mark; dieselbe kann leicht zusammengerollt werden und lässt sich in dieser Form gut verpacken und transportiren; mit einer einfachen Papierscheere lassen sich aus ihr die erforderlichen Schienen ausschneiden. W. benutzte dazu die von Schoen angegebenen Modelle, die er zum Theil etwas änderte. Eine Tafel lieferte:

1 ganzen Oberschenkelverband, bestehend aus Beckenstück, langem Stiefel für das verletzte Glied und Schiene bis über das Knie für das gesunde; 1 Petit'schen Stiefel für den Unterschenkel; 3 Armschienen, davon 2 für Ober- und Unterarm, und 1 für Oberarm mit Schulterstück; dazu noch die nöthigen Riegel, um die einzelnen Stücke an einander zu befestigen und sie in der gegebenen Form zu erhalten. Aus diesen flächenartigen Schienen biegt er Flachrinnen zurecht, die sich den bezüglichen Gliedern gut anschmiegen und allen Anforderungen gemäss durch eingeschlagene Löcher und Spalten vermittelst jener Riegel und Bänder bald mehr oder weniger winklig, bald länger und kürzer gestellt werden können. Die Schilderung der einzelnen für jeden Theil bestimmten Formen, die durch beigefügte Zeichnungen noch verdeutlicht sind, die Grösse, sowie die Art ihrer Zusammensetzung muss im Original nachgelesen werden.

Für Oberschenkelverletzungen hat W. das Schoen'sche Modell noch erweitert, indem er zur besseren Fixation noch das ganze Becken und den gesunden Oberschenkel in seinen Verband aufnimmt; ebenso hat er an die Schiene für den Oberarm noch ein Schulterstück angebracht, welches Schlüsselbein und Schulterblatt bis zum Hals umgiebt. Auch diese complicirtesten Verbände sollen aus den zugeschnitten mitgeführten Stücken in 5 Minuten zum Anlegen fertig hergestellt sein.

Hinter den Strohschienen stehen diese Zinkschienen an Billigkeit und Leichtigkeit zurück; ebenso in der Möglichkeit, überall beschafft zu werden, da das Material, das gewöhnlich bei Klempnern zu finden ist und zum Dachdecken benutzt wird, zu stark ist. Es müsste demnach officiell mitgeführt werden. Dann haben sie aber vor den Strohschienen den Vorzug, dass sie beim Transport bei Weitem weniger Platz einnehmen, dass sie mehr als einmal benutzt werden können (man braucht sie nach öfterem Gebrauch nur etwas gerade zu klopfen), und dass sie den Anforderungen der modernen Wundbehandlung bezüglich grösserer Sauberkeit völlig entsprechen. Pappe nimmt gleichfalls mehr Raum ein, ist sehr brüchig und kann keine Nässe vertragen; die Port'schen Telegraphendrahtverbände, bei antiseptischen Verbänden sonst ausserordentlich bequem, lassen sich auf

dem Transport ebenso schwer unterbringen, und ist ihre Anfertigung auf dem Verbandplatze zu complicirt. So haben die Zinkschienen in den vordersten Linien des Schlachtfeldes die meisten Vorzüge; sie können leicht auf der Tragbahre oder unter dem Arme bis zum Verwundeten mitgenommen und dort schnell, ohne weitere Vorbereitung, dem betreffenden Gliede passend gemacht werden. An der verletzten Stelle soll nur die Kleidung in circulären Streifen abgeschnitten, die Wunde gereinigt, mit Protectiv und Carboljute verbunden, dann über den Verband und den Rest der Kleidung die Schienen übergelegt und mit Binden oder Tüchern befestigt werden. Am besten eignen sich Flanellbinden hierzu; Gazebinden weniger, da von ihnen mehrere erforderlich sind; von dreieckigen Tüchern werden 4—6 zu einem Vorderarm- oder Unterschenkelverbande gebraucht. Zur Fixation des geschienten Armes genügt eine schmale Bindenansa in der Nähe des Handgelenks; an den unteren Extremitäten muss durch zur Seite angelegte, gerollte Mäntel das Hinundherrollen der Extremitäten verhindert werden.

W. hat bei 4 grösseren Fracturen, darunter eine complicirte, die unter der Schiene mit dem nassen Carboljuteverbande behandelt wurde, seine Schienen angewandt und stets ein sehr gutes Resultat erreicht.

Weitere Vergleiche der Zinkschienen mit den übrigen in der Armee gebräuchlichen Verbandvorrichtungen ergeben überall eine grössere Leichtigkeit der ersteren, abgesehen davon, dass letztere stets einen viel grösseren Raum auf dem Transporte einnehmen.

W. macht nun genaue Vorschläge, wie das zum Theil in Formen ausgeschnittene, zum Theil gerollte Rohmaterial in den Sanitäts- und Krankentransportwagen, ja auf der Krankentrage verpackt und bis in die vordersten Gefechtslinien mitgeführt werden kann, und kommt zum Resultat, dass überall genügend Platz vorhanden ist, um selbst mehr, als die Tragfähigkeit der Wagen erlaubt, unterzubringen. Als nothwendiges Instrumentarium zur Anfertigung der Schienen aus den Zinktafeln ist nur ein Hammer, ein Hartmeissel von 3 cm Breite, ein Locheisen und eine starke Papierscheere erforderlich; 4 Mann genügen, um damit eine Tafel in kurzer Zeit in die platten Schienen umzuformen.

Schliesslich giebt W. noch eine kurze Schilderung der van Hoeter'schen Zinkblechschienen, die aus dickerem Materiale gefertigt, eigentlich nur innere und äussere Längsschienen mit geringer Rundung darstellen. Dieselben haben mehrfache Mängel, können jedoch aushülfsweise mit angewandt werden, besonders da das Material überall leicht beschafft werden kann. **Boeters** (Berlin).

W. B. Cheadle. A lecture on the pathologia of hydrophobia.

(Medical times and gazette 1877. Dec. 8. und 15.)

Verf. spricht sich mit grosser Entschiedenheit für die von Thomas Watson vertretene Ansicht aus, dass die Wasserscheu eine Krankheit sui generis sei und nicht eine reine Neurose, etwa ein modificirter Tetanus. Er theilt folgenden Fall mit: ein 23jähriger Mann kam mit Schmerzen im Hals und in beiden Armen in's St. Mary's Hospital; er war vor 5 Wochen von einer Katze in beide Hände gebissen worden, die Narben waren noch sichtbar, eine am rechten Zeigefinger, eine durch den Nagel des linken Daumens. Pat. legte gar keinen Werth auf diesen Umstand und brachte ihn mit seinen jetzigen Beschwerden gar nicht in Zusammenhang. Die Katze soll sehr mager und von schlechtem Aussehen gewesen sein. Das Allgemeinbefinden des Pat. war gut bis zum 30. Tage, an welchem etwas Schwäche in beiden Armen bemerkt wurde; am 31. Appetitmangel; am 34. die oben erwähnten Halsbeschwerden und grosse Unruhe, am 35. Aufnahme ins Hospital. Hier zeigte er erweiterte Pupillen, schnellen Puls, belegte Zunge, grosse Unruhe. Als ihm Wasser angeboten wurde, wandte er sich schaudernd ab und sagte, er könne nicht schlucken; kurze Beruhigung nach Morphium, dann maniakalischer Anfall; dazwischen fortwährendes Bitten um Wasser wegen seines grässlichen Durstes, Ausspeien eines klebrigen Schleims. Anfälle von Convulsionen mit vollständiger Erhaltung des Bewusstseins. Bald Collaps, Erbrechen, stertoröses Athmen, Coma, Tod 13 Stunden nach der Aufnahme. Pat. war bis zuletzt im Unklaren über die Natur seiner Krankheit.

Section 26 Stunden post mortem. Starke Hyperämie im Rachen, Speiseröhre und in der Cardia des Magens; Blutungen in die Schleimhaut des letzteren. Starke Hyperämie in Larynx, Trachea und Lungen. Innere Organe sonst intact. Starke Hyperämie der Hirnhäute; sehr zahlreiche Blutpunkte bei Durchschnitten durch die Hirnsubstanz. Blut allenthalben flüssig, sehr dunkel. — Pons, Medulla oblongata, Rückenmark und die Nerven, die nach den Bissstellen hinführten, werden in einer Lösung von »bichromate of ammonia and alcohol« gehärtet, in viele Hundert auf einander folgende Schnitte zerlegt und mikroskopisch untersucht. Es fanden sich mikroskopische Blutungen im Pons, in der Medulla oblongata und in dem Plexus brachialis. Auswanderung von Blutkörperchen und eine fibrinöse Exsudation um die Gefässe im Pons und der Medulla oblongata. Trübung und Opacität der Ganglienzellen im Pons und der Medulla oblongata. Trübung und granulirte Beschaffenheit der Fasern in den zu den verletzten Stellen führenden Nerven. Anfüllung der Gefässe, Auswanwanderung von weissen Blutkörperchen und fibrinöse Exsudation nehmen von den oberen Theilen der Medulla spinalis allmälig nach unten zu ab. Verf. hält die von Albutt, Benedict und Mey-

nert gefundenen, mit granulirter, lichtbrechender Masse gefüllten Spalträume für Kunstproducte resp. Leichenerscheinung.

Ch. erklärt die Hundswuth für eine specifische Blutvergiftung auf Grund des Blutbefundes und des Befundes in den Nervencentren. Die Ansicht von Trousseau, dass der Blutbefund allein von dem asphyktischen Tode abhängt, entkräftet er durch die Bemerkung, dass dieser Befund derselbe ist, wenn die Patienten allmälig collabiren (was bei der Hydrophobie die Regel) und wenn sie mitten in einem Anfall von Krämpfen der Athmungsmuskeln sterben. Ob die Veränderungen in den Nervencentren die Zeichen einer Entzündung sind (nach Albutt, Hammond und Clarke), welche die sämmtlichen Symptome der Hydrophobie hervorruft, oder ob dieselben nur secundäre Folgen der Blutveränderung sind, lässt er dahingestellt.

H. Wildt (Berlin).

J. Hutchinson. On the nails and the diseases to which they are liable.

(Medical times and gazette 1878. April 20.)

Nachdem Verf. ausführlich die Anatomie und Physiologie der Nägel besprochen hat, theilt er die Erkrankungen derselben ein in locale und constitutionelle. Die Ernährungsstörungen des Nagels zeigen sich, wenn sie oberflächlich sind, im Verluste der normalen Transparenz, dann in dem der Glätte; ersteres sieht man an der sogenannten »Nagelblüthe«, letzteres stellt sich dar in Gestalt longitudinaler oder transversaler Furchen, z. B. nach fieberhaften Krankheiten, vielleicht veranlasst durch einen vorübergehenden Wachsthumsstillstand. Bei Erkrankungen der Matrix des Nagels leidet der Nagel in seiner Totalität, indem er dick, opak, fibrös wird und sich schmutzig graue Epidermis unter seinem Rande anhäuft; der Nagel lockert sich auf seinem Bett. Diese Erkrankungen beginnen mit Vorliebe an einem freien Rande des Nagels und schreiten von hier aus nach der Wurzel hin. Die Anhäufungen von Epidermis unter dem Nagel, beginnend vom freien Rande her, können den Nagel allmälig von seinem Bett abheben und so seine Ernährung stören; dabei kann der Nagel natürlich trotzdem noch weiter wachsen, so lange der Hauptsitz seines Wachsthums, die Nagelwurzel, nicht afficirt ist.

H. theilt die Nagelkrankheiten in folgende Kategorien ein:

1) Onychia, ungual whitlow, ist die eitrige Entzündung des Nagelbettes, traumatisch oder idiopathisch, isolirt, sehr oft das Resultat einer Infection, z. B. bei Wärterinnen von eczematösen Kindern; wenn multipel auftretend muss man an eine Constitutionsanomalie (Syphilis) denken.

2) Onychia maligna, eine Unterart der vorigen Form, namentlich bei scrophulösen und syphilitischen Kindern; niemals multipel. Stärkere entzündliche Anschwellung des Fingerendes, Verbreiterung

des Nagels, der zum Theil fest anhaftet, zum Theil abgelöst wird; niemals Ausbreitung der Erkrankung über das Nagelbett hinaus. Die Therapie besteht in der Entfernung des kranken Nagels und der Aetzung des Nagelbettes. Geringe Wirkung einer specifischen Allgemeinbehandlung. Reproduction eines guten Nagels.

3) Eingewachsener Zehennagel, fast ausschliesslich an der Grosszehe. Gewöhnlich veranlasst dadurch, dass die Fussbekleidung den Nagel in die anliegende Haut hineindrückt; es entsteht Entzündung, die Haut wird wund, der Nagel wächst immer mehr in die Breite und so ist ein circulus vitiosus gegeben. Syphilis soll nach H. oft vorhanden sein.

4) Weisse Flecken in der Nagelsubstanz; gewöhnlich abhängig von Verletzungen der Nageloberfläche nahe der Matrix; namentlich bei jüngeren Leuten, besonders schwächlichen.

5) Querlinien der Nageloberfläche nach Allgemeinerkrankungen, die Zeichen eines plötzlichen Stillstandes in der Ernährung der Nägel während der Dauer jener.

6) Psoriasis der Nägel, entweder in Verbindung mit gleicher Erkrankung der Haut oder isolirt, oder im Verlauf der hereditären und acquirirten Syphilis.

7) Chronische Onychitis in Verbindung mit Eczem der Finger; sehr gewöhnlich. Die Nagelfalte ist eczematös, der Nagel rauh.

8) Chronische Onychitis in Verbindung mit Pityriasis rubra; letztere ist eine seltene Krankheit und besteht in chronischer Hyperämie der ganzen Haut verbunden mit Exfoliation der Epidermis in grossen Fetzen; an Sohlen und Handtellern Verdickung und Anhäufung der Epidermis bis zur Dicke von $1/2$ Zoll. Die Nägel sind bei dieser Erkrankung undurchsichtig, Epidermisanhäufungen zwischen Nagel und Nagelbett. Die Erkrankung der Nägel bessert sich mit der Hautkrankheit.

9) Chronische Onychitis in Verbindung mit Pityriasis palmaris; gewöhnlich nur die schweren Formen der letzteren Erkrankung, die besonders bei älteren Leuten vorkommen und Sohlen und Handteller, sowie die Finger befallen, vergesellschaften sich mit Verdickung der Nägel und mit Abheben derselben durch Epidermisanhäufungen.

10) Psoriasis syphilitica der Nägel; meist eine Secundärerscheinung und wie die betreffende Hautaffection vorübergehend; nicht gerade häufig.

11) Tinea unguinum, Erkrankung der Nägel in Verbindung mit Favus oder anderen parasitischen Hautkrankheiten; öfters zeigt sich echter Favus unter den Nägeln; gewöhnlich jedoch ist die Nagelsubstanz infiltrirt, undurchsichtig und fibrös. Bevorzugt sind Kinder, bei deren Nägelerkrankungen daher stets das Mikroskop zu Rathe zu ziehen ist. **H. Wildt** (Berlin).

P. Vogt. Die traumatische Epiphysentrennung und deren Einfluss auf das Längenwachsthum der Röhrenknochen[1]).

(Arch. für klin. Chir. 1878. Bd. XXII. Hft. 2.)

V. beobachtete einen Mann, der in seinem 10. Lebensjahre eine traumatische Trennung der oberen Epiphyse des linken Humerus erlitten hatte. Der Humerus war in Folge dessen 13 cm kürzer als der rechte, er hatte die Durchschnittslänge wie bei einem 10jährigen Knaben, während die Dickendurchmesser nicht von denen der normalen Seite differirten. Zwei ähnliche Fälle, denen Abbildungen beigefügt sind, beobachteten Birkett und Bryant, ferner theilte Bidder mündlich einen ähnlichen Fall mit. Bei einem v. Langenbeck'schen Falle hatte eine eitrige Epiphysentrennung stattgefunden. —

Im Anschluss an diese Fälle bespricht denn V. in äusserst eingehender und erschöpfender Weise alle bei dieser Verletzung in Betracht kommenden Verhältnisse, sowohl die experimentelle als die klinische Casuistik benutzend mit Hinzufügung eigener Experimente und Beobachtungen.

Die Literatur weist nach dem 2. Lebensjahre von traumatischen Epiphysentrennungen 2 Fälle von Malgaigne, 1 von Thudichum, 15 von Gurlt zusammengestellte Fälle nach; V. fügt noch 4 weitere Fälle hinzu. — Die an Leichen vorgenommenen Experimente ergeben ebenfalls, wie die klinischen, zur Untersuchung gekommenen Fälle, dass nur sehr selten reine Epiphysentrennungen vorkommen, meistentheils Zerreissungen der Knochensubstanz gleichzeitig vorhanden sind.

Verf. weist dann ferner nach, dass die Thierexperimente zu gleichen Resultaten führen. Er selbst stellte eine grosse Reihe von Versuchen an Thieren und Kinderleichen an, welche im Wesentlichen die früheren Beobachtungen bestätigen. — Der dritte Punkt der Untersuchungen ist dann der Einfluss, welchen diese Verletzung auf das Längenwachsthum hat. — Nachdem Verf. die wenigen hierüber in der Literatur vorhandenen Mittheilungen aus klinischen Untersuchungen zusammengestellt hat, führt er zunächst aus der grossen Reihe experimenteller Untersuchungen die Arbeit von Bidder (Arch. für exp. Path. und Pharm. 1873) an und geht dann auf die Resultate seiner eigenen Experimente über, aus denen hervorgeht, dass nach Exstirpation oder sonstiger Zerstörung des Epiphysenknorpels das Längenwachsthum von dieser Epiphyse aufhört; doch können einfache Abhebelungen des Epiphysenknorpels ohne Difformität und Wachsthumshemmung heilen. — Interessante Experimente stellte dann Verf. noch in der Weise an, dass er über die vorsichtig abgehebelte Epiphyse ein feines Goldplättchen oder Kautschukplättchen schob. Hierdurch verhinderte er

---

[1]) Auszugsweise mitgetheilt am 2. Sitzungstage des VI. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, am 5. April 1877.

das Eindringen von Gefässen in den Knorpel und somit, wie auch Ref. nachgewiesen hatte, das Knochenwachsthum vom Epiphysenknorpel aus.

V. erörtert dann die Frage von der verschiedenen Intensität des Längenwachsthums an beiden Diaphysenenden. Seine eigenen Untersuchungen am Humerus stellte er so an, dass er annahm, die untere Humerusepiphyse sei durchschnittlich im 16. Lebensjahre mit der Diaphyse verwachsen. — Die durchschnittliche Wachsthumszunahme zwischen dem 15. und 20. Jahre in der Länge von 3 cm käme demnach auf die Leistung der oberen Epiphyse. — Wenn man diese 3 cm als 5jährige durchschnittliche Leistung der oberen Epiphyse annimmt und mit der Gesammtwachsthumszunahme des Knochen vergleicht, so kann man die Leistung der untern Epiphyse annähernd berechnen. Hiernach würde die Gesammtzunahme betragen

zwischen	1.— 5.	Jahr = 4,5 cm;	für die untere Epiphyse	= 1,5	cm
-	5.—10.	- = 7,5 -	- - - -	= 4,5	-
-	10.—15.	- = 4,0 -	- - - -	= 1,0	-
-	15.—20.	- = 3,0 -	- - - -	= 0,0	-

Also nur für das 5.—10. Jahr macht hiernach die untere Epiphyse eine grössere Leistung als die obere. — Diese Zahlenangaben fand V. noch dadurch bestätigt, dass er nach Massgabe der Schwalbe'schen Erörterungen (Zeitschrift für Anat. und Entwickelungsgeschichte. 1876. I) die Abstände der inneren Oeffnung der Ernährungscanäle von beiden Diaphysenenden in verschiedenen Altersstufen maass. — Auch die klinischen Untersuchungen, welche V. durch 2 Fälle von Resection, die eine vor 15 Jahren im Ellenbogengelenk, die andere vor 4 Jahren im Humerusgelenk an jüngeren Individuen ausgeführt, vermehrte, bestätigen diese Thatsachen. Das Dickenwachsthum wird bei der Längenwachsthumshemmung nicht gestört.

Maas (Freiburg i/Br.).

Ranke. Ueber die in den letzten Jahren bei Behandlung penetrirender Gelenkwunden in der Klinik zu Halle gewonnenen Resultate.

(Vortrag, gehalten beim 6. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

Von 1874 bis März 1877 sind 26 Kranke mit Wunden der grossen Gelenke in die Hallesche Klinik aufgenommen; Keiner derselben ist gestorben. Die secundäre Amputation wurde 5 Mal, die Resection 4 Mal ausgeführt, meist wegen besonderer Complicationen; 17 Mal wurde die conservative Behandlung bis zu Ende geführt. Von diesen letzteren sind alle, welche vor Eintritt der Reaction in Behandlung kamen — 14 — mit beweglichem Gelenk geheilt, gleichgültig, ob nebenbei Knochenverletzungen vorlagen, oder nicht; bestand zu Beginn der Behandlung schon Eiterung, so erfolgte Heilung mit Ankylose (3 Fälle). Als Beispiele führte R. eine quere Durch-

trennung der Patella mit einem Schnitzelmesser, 2 Fälle complicirter Luxationen des Fussgelenks (einmal mit Absprengung des malleol. intern.) und eine breite Eröffnung des Kniegelenks durch eine Quetschwunde mit zerfetzten Rändern an (Hufschlag); alle 4 heilten schnell mit vollständig beweglichem Gelenk.

Auch alle Fälle operativer Eröffnung nicht eiternder Gelenke heilten in gleicher Weise ohne Ankylose. Als Beispiele werden ein Fall von Hydrops fibrinosus (Reiskörper) des Handgelenks, und ein Fall von Arthritis deformans des Ellenbogengelenks angeführt, beide mit sehr starkem Erguss und fast völliger Aufhebung der Functionirung einhergehend. In beiden Fällen war das Resultat der Drainage ein frei bewegliches Gelenk.

Was die Technik der Behandlung penetrirender Gelenkwunden betrifft, so ist auf die primäre Desinfection des ganzen Wundgebiets und die Anlegung genügender Gegenöffnungen das Hauptgewicht zu legen. Das Gelenk wird dann mit 5 % Carbolsäure ausgespült und man legt Gummidrains ein, die nur genau vom Niveau der äusseren Haut bis eben in die Gelenkkapsel hinein reichen. Die äussere Wunde wird bis auf die Drainöffnungen sorgfältigst vernäht, ein mit zusammengeballter antiseptischer Gaze stark unterpolsterter Lister'scher Verband angelegt und das Glied durch eine Schiene fixirt.

Verbandwechsel erfolgt in frischen Fällen nur, wenn Secret durchgedrungen, und wird dabei das Gelenk nicht wieder ausgespült. Die Drains werden entfernt, sobald sich bei mässigem Druck kein Secret mehr aus denselben entleeren lässt.

A. Genzmer (Halle a/S.).

J. M. Charcot. Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems, ins Deutsche übertragen von Dr. Berthold Fetzer. II. Abth. 4. Theil.

Stuttgart, **A. Bonz & Co.**, 1877.

Mit diesem 4. Theil findet die 2. Abtheilung der Charcot'schen Vorträge ihren Abschluss. Sie behandelt diverse Krankheiten des Nervensystems, und zwar zunächst die »spasmodische Tabes dorsalis«. Diese eigenthümliche Affection des Rückenmarks ist nächst Charcot in Deutschland besonders von Erb in Heidelberg studirt und als spastische spinale Paralyse beschrieben worden. Sie charakterisirt sich vermuthlich durch eine langsam sich entwickelnde motorische Parese der Beine, Auftreten von Steifigkeit, Contracturen und Zittern in denselben, hochgradige Steigerung der Sehnenreflexe bei vollständig erhaltener Sensibilität. C. nimmt an, dass es sich dabei um eine primäre symmetrische Sclerose der Seitenstränge handle. —

Die nächste (16.) Vorlesung handelt von den Urinparaplegien. Paraplegische Zustände kommen thatsächlich im Gefolge von Erkrankung der Harnwege (Tripper, Strictur, Blasen- und Nierenentzündung;

Krankheiten der Prostata; Pyelonephritis calculosa) vor, bei Weibern viel seltener als bei Männern. Dem Ausbruch der Spinalerkrankung geht eine Exacerbation der Krankheit der Harnwege voraus. Die Symptome sind: Ameisenkriechen, Anästhesie, Schmerz in der Rücken- und Lendengegend, Gürtelschmerz; sodann Paraplegie mit Schlaffheit der Extremitäten; anfänglich Steigerung, dann Schwund der Reflexerregbarkeit; permanente Contractur; Bildung von Decubitus: also im Wesentlichen die einer subacuten Myelitis, welche auch durch Sectionen als vorhanden erwiesen ist. Die einfachste Erklärung ist die, dass sich die Entzündung in centripetaler Weise allmälig fortschreitend von der Harnblase oder den Nieren auf das Rückenmark fortpflanzt (Leyden). Tiesler hat diese Annahme durch Experimente wahrscheinlich gemacht. In anderen Fällen, wo es nur zu einem paretischen Schwächezustand der unteren Extremitäten kommt und wo bis jetzt die Section nie nachweisbare anatomische Veränderungen ergab, handelt es sich wohl um Hemmungserscheinungen, um eine Reflexparaplegie (Brown-Séquard; Herzen; Lewisson). In einer 3. Gruppe von Urinparaplegien fehlte auch jede Erkrankung des Rückenmarks, wohl aber hatte sich zufolge einer intensiven Erkrankung der Harnwege durch directes Weiterkriechen eine Neuritis ascendens entwickelt, welche das Sacral- und Lumbargeflecht in Mitleidenschaft zog (Kussmaul).

In der 17. und 18. Vorlesung spricht C. über Ménière'schen Schwindel (Vertigo ab aure laesa). An die ausführliche Vorstellung eines Falles schliesst sich eine Besprechung der hauptsächlichen Symptome: Paroxystische Steigerung unter subjectiven Gehörsempfindungen (Pfeifen); Hallucination einer Ortsbewegung des ganzen Körpers bei völlig erhaltenem Bewusstsein. Die anfangs durch längere Intervalle von absoluter Ruhe getrennten Schwindelanfälle (Krisen) folgen später immer rascher aufeinander. Ausheilen der krankhaften Processe im Mittelohr, andere Male prolongirter Gebrauch von schwefelsaurem Chinin führten Besserung oder selbst Heilung herbei.

In der 19. Vorlesung wird die posthemiplegische Hemichorea besprochen. Unter diesem Namen hat S. W. Mitchell den selten beobachteten Zustand von Unruhe in hemiplegisch gelähmten Gliedmassen beschrieben. Die Affection kommt nicht blos beim Bestehen von hämorrhagischen und Erweichungsherden im Gehirn, sondern auch bei der partiellen Gehirnatrophie kleiner Kinder vor. Die zu Grunde liegenden anatomischen Veränderungen sitzen nach C. im hinteren Ende des Sehhügels und des Nucleus caudatus, sowie des Stabkranzes. — Ausserdem hat C. auch eine Hemichorea praehemiplegica beobachtet, bei welcher choreatische, nach einem apoplectischen Shoc plötzlich auftretende Bewegungen in den Gliedmassen der einen Körperhälfte bald einer mehr oder weniger vollständigen Hemiplegie Platz machen. Sowohl diese, wie die hemiplegische Form sind von Hemianästhesie begleitet.

In der 20. Vorlesung schliesslich theilt C. seine Erfahrungen über

partielle oder hemiplegische Epilepsie syphilitischen Ursprungs mit. Dieselbe ist eine der häufigsten Manifestationen der cerebralen Syphilis. Der habituell vorhandene Kopfschmerz steigert sich gewöhnlich vor Ausbruch des convulsiven Anfalls. In einigen Fällen nahm er das der von Convulsionen heimgesuchten Körperhälfte contralaterale Scheitelbein, also die Gegend der motorischen Rindencentren, ein. Nur eine energische antisyphilitische Behandlung verspricht Erfolg. Anatomisch handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um eine circumscripte gummöse Pachymeningitis mit Theilnahme der weichen Häute, bei längerer Dauer sogar der Gehirnsubstanz selbst. Alsdann entwickeln sich die absteigenden secundären Degenerationen und nun kommt es zu permanenter und nicht mehr zu beseitigender Hemiplegie.

Der noch über 100 Seiten umfassende Anhang bietet sehr interessante casuistische Mittheilungen theils klinischer, theils pathologisch anatomischer Art, so über multiple spontane Luxationen und Fracturen bei Tabes, über symmetrische amyotrophische Seitenstrangsclerose, pseudohypertrophische Paralyse, Athetose etc.

Seeligmüller (Halle a/S.).

L. Löwe. Ueber die anatomische Grundlage des Stirnkopfschmerzes.

(Deutsche Zeitschrift für prakt. Medicin 1877. No. 35.)

Ausgehend von der Thatsache, dass viele von den in der Praxis so häufig vorkommenden Klagen über Kopfschmerz ihren letzten Grund unzweifelhaft in einer Affection der Hirnhäute, nämlich in der Erregung der sensiblen Nerven der letzteren finden, theilt Verf. eine Beobachtung mit, welche Ganglien und Nervenfasern in der Pia des Stirnhirns, also an einem Theil des Cerebrum nachweist, der als Praedilectionsort der Kopfschmerzen bekannt ist. An dem Riechkolben vom Kaninchen finden sich in dem umhüllenden pialen Bindegewebe in der innersten Lamelle der Pia grosse, schöne, wohl contourirte Ganglienkugeln von Dimensionen, wie sie grösser nirgendwo bei demselben Thiere getroffen werden. Jede Ganglienzelle liegt in einer eigenen bindegewebigen, der Pia entstammenden Scheide, hat eine kugelrunde Form und lässt auf Schnittpräparaten kleine Ausläufer erkennen. In ihrer Totalität bilden alle Ganglienzellen je einer Seite zusammengenommen ein rundliches schon makroskopisch als minimales weisses Pünktchen erscheinendes Oval, das in vielen Beziehungen einem Spinalganglion zu vergleichen ist. In diesem Ganglion, das beim Menschen ohne Zweifel ebenfalls existirt, erblickt Verf. ein Organ, dessen Erkrankungen offenbar diejenige Empfindung in hohem Grade hervorzurufen vermögen, die als Stirnkopfschmerz bekannt ist.

Stahl (Eltville a/Rh.).

R. Larger. De l'exencéphale, encéphalocèle congenitale.

(Mémoire couronné par la société de Chir. de Paris. Auszug aus den Archives générales de médecine, Mai und Juli 1877. Paris 1877.)

L. giebt zuerst eine kurze geschichtliche Uebersicht. Die Arbeiten von Spring und Bruns über das gleiche Thema werden rühmend hervorgehoben. An die erstere Arbeit lehnt sich Verf. besonders an, wie denn überhaupt wichtige Fortschritte in der Lehre von der Encephalocele in dieser Arbeit nicht zu finden sind.

Die Missbildungen theilt Verf. ein 1) in solche, bei denen der Schädel vollständig verknöchert nur eine kleine Oeffnung für den Hirnbruch zeigt; 2) in solche, bei denen eine Stelle des Schädels sich nur mangelhaft oder gar nicht verknöchert erweist und 3) in solche, in denen der Schädel in grösserer Ausdehnung nicht verknöchert ist.

Die Angaben über Frequenz im Allgemeinen und über Frequenz des Sitzes sind vorsichtig aufzufassen. Das gesammelte Material ist ein zu geringes. In dem Abschnitte über Anatomie und Pathologie bringt Verf. einige Analysen der Flüssigkeit, bespricht die histologischen Verhältnisse und endlich auch die begleitenden Missbildungen.

In Betreff der Aetiologie hält er Hydropsie als Hauptursache des Hirnbruchs.

Genauer bespricht L. die Symptomatologie und Diagnostik, auch soweit differentielle Unterschiede bei vorderem und hinterem Sitze sich ergeben. In der Therapie berücksichtigt er die Compression, Punction, Jod-Injection, Ligatur, Incision und Excision. Er befürwortet die Excision mittels Bistouri, combinirt mit elastischer Ligatur.

Den Schluss bildet ein mangelhaftes Verzeichniss der Literatur und ein selbst beobachteter Einzelfall. **Ahlfeld** (Leipzig).

Aufrecht[1]). Zur pathologischen Anatomie des Rückenmarks beim Tetanus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 14 u. 15.)

Nach einem Ueberblicke über die Literatur demonstrirt Verf. einen von ihm gewonnenen pathologisch-anatomischen Befund bei Tetanus traumaticus an zahlreichen mikroskopischen Präparaten des in einer 5% Lösung von chromsaurem Kali erhärteten Rückenmarkes. Die Ganglienzellen sind im Vorderhorn des Lendentheils vollkommen normal, während die der Hinterhörner derart mit Pigmentkörnchen gefüllt sind, dass Kern und Kernkörperchen nicht mehr zu sehen ist, einzelne Zellen stellen sich als structurloser Klumpen dar. Die Structurveränderungen greifen weiter nach dem Rückentheil immer mehr Platz, so dass in der Mitte des Rückentheiles keine gesunde Zelle mehr vorhanden ist. Im Halstheil besteht die hochgradigste

[1]) Vortrag, gehalten in der Magdeburger med. Gesellschaft am 7. Febr. 1878.

Veränderung; die Ganglienzellen des Vorder- und Hinterhornes haben meist ein diffus rostfarben-röthliches Aussehen, von Pigmentkörnchen, Kern und Kernkörperchen ist keine Spur mehr vorhanden, auch sind die Zellen im linken Vorder- und Hinterhorn durchweg kleiner wie rechterseits. Die weiteren Veränderungen der grauen Substanz sind ebenfalls im Lendentheil am wenigsten, im Halstheil am meisten ausgesprochen. In der Grundsubstanz liegen zwischen den Nervenfasern und rings um den Centralcanal sehr feine dunkle Körnchen, sowie kantige, gelbliche Körner und ausserdem zahlreiche hellglänzende kugelige Gebilde ohne jede Contour (Fetttröpfchen?). Dieselben Körnchen finden sich in der weissen Substanz. Die Blutgefässe beider Substanzen sind gleichmässig hyperämisch, den Wandungen liegen, besonders im Lendentheil, grössere Schollen einer hyalin aussehenden Masse an, die Verf. mit Clarke für Fibrin hält. Verf. zieht aus dem Befunde den Schluss, dass in diesem Falle von Tetanus die parenchymatöse Entzündung der Ganglienzellen des Rückenmarkes der primäre Vorgang ist, an welchen sich Hyperämie und Exsudation angeschlossen haben, ferner dass die Erkrankung im Halstheil begonnen hat, nach dem Lendentheil hinabgewandert ist und der Tod eingetreten ist, ehe die Vorderhörner des Lendentheils befallen waren, und endlich, dass die Erkrankung der Ganglienzellen zum Zerfall dieser und zur Ueberfluthung des Nervengewebes mit den aus dem Zerfall hervorgegangenen dunklen Körnchen, Pigmentkörnern und ölartig aussehenden Tropfen geführt hat.

Urlichs (Würzburg).

---

1) v. **Kries.** Casuistische Mittheilungen aus der Augenklinik zu Halle.

2) **A. Gräfe.** Ueber die Entbindung von Cysticerken aus den tieferen und tiefsten Theilen des Bulbus mittelst meridionalen Scleralschnittes.

3) Derselbe. Die antiseptische Wundbehandlung bei Cataractextractionen.

(Archiv für Ophthalmologie Bd. XXIV. Hft. 1.

Die casuistischen Mittheilungen betreffen

I. Operative Heilung dreier Fälle von Trochlearislähmung.

II. Extraction eines subretinalen Cysticercus. Derselbe sass nach oben am Aequator bulbi. Nach Durchtrennung der Insertion des Musc. rect. sup. wurde die Sclera bis zu der betreffenden Stelle freipräparirt. Dann wurde mit dem Staarmesser ein meridionaler Schnitt von $^1/_2$ cm gemacht und mit einer Pincette ein Theil der Blase, sowie der Kopf des Cysticercus entfernt. Am 12. Tage erste ophthalmoskopische Untersuchung. Cysticercusblase collabirt

mit 2 kleinen Blutextravasaten; starke Glaskörpertrübung. Während sich dieselbe aufhellte und damit das Sehvermögen sich stetig besserte, trat Doppelsehen ein, entsprechend einer Lähmung des abgelösten Rect. sup. Durch die Vornähung desselben wurde die Diplopie beseitigt. Das Sehvermögen stieg schliesslich auf S = $^3/_8$ (vor der Operation dreizöllige Kalenderzahlen in 1 Fuss); nach unten blieb eine geringe Gesichtsfeldsbeschränkung.

III. Cysticercus in der vorderen Augenkammer. Zweiter Fall der Art unter 60,000 Augenkranken. Kind von 4 Jahren. Extraction mit der Lanze. Frühes Entwicklungsstadium; Grösse der Blase 2 mm; Hakenkränze und Saugnäpfe fehlten noch.

IV. Zwei Fälle retrobulbärer Neuritis. Die Diagnose des Sitzes der Entzündung gründete sich auf das Vorhandensein von Exophthalmus, Beweglichkeitsbeschränkung, Schmerz bei Druck, bei totaler Amaurose. Ophthalmoskopisch 1 Mal normaler Befund, 1 Mal ziemlich gefüllte Venen. Wiederherstellung des Sehvermögens im ersten Falle ziemlich vollständig, im zweiten in geringem Grade. Gesichtsfelder frei.

V. Essentielle Schrumpfung der Conjunctiva. Erkrankung der Conjunctiva, die durch vollständige Obliteration des Conjunctivalsackes und Verwachsung der Lidränder zur Erblindung führte, ohne dass eine der gewöhnlichen Bindehautkrankheiten, insbesondere Trachom, vorausgegangen wäre.

VI. Intraoculare Blutungen nach Wechselfieber, in einem Falle Glaskörperblutung, im anderen Retinitis haemorrhagica.

VII. Amblyopie nach Haematemesis. Plötzlicher Eintritt während des Blutbrechens. Es fehlte am rechten Auge die untere Hälfte des Gesichtsfeldes bei beinahe normalem centralem Sehen. — Ophthalmoskopisch obere Hälfte des Opticus atrophisch verfärbt, untere normal.

Nach dem oben referirten, von v. Kries mitgetheilten Falle hat Prof. Graefe bis Ende Januar 1878 noch 7 Mal wegen Cysticercus im hinteren Bulbusraume operirt. 5 Mal gelang die Entfernung des Parasiten mit vollständiger Erhaltung der Form und Besserung der Function des Auges, soweit der Sitz des Parasiten an der Macula oder nahe derselben es zuliess. 1 Mal musste bei total verflüssigtem Glaskörper der vordere Theil des Bulbus abgetragen werden und 1 Mal gelang die Extraction nicht, ohne dass durch die Operation das Auge dauernd benachtheiligt wäre. Die beiden Fälle, in denen der Cysticercus in der Nähe der Macula sass, sind bisher die einzigen bekannten, in denen ein derartig befriedigendes Resultat hinsichtlich Form und Function des Auges durch die Entfernung der in den hintersten Theilen des Auges localisirten Parasiten erreicht wurde. — Die Operationsmethode war stets die des meridionalen Scleralschnittes. Das anschaulich beschriebene, rechnende und messende Verfahren, die Stelle des Bulbus zu bestimmen, an der das Thier sich befindet, ist im Original nachzulesen. Die Operationen wurden

unter denselben antiseptischen Vorkehrungen vorgenommen, die Graefe seit etwa einem Jahre bei Cataractextractionen anwendet und in derselben Abtheilung des Archives mittheilt. Vor der Operation werden Conjunctivalsack, äussere Lidflächen, sowie die gesammte Orbitalregion mit 2% Carbolsäurelösung gereinigt; als Surrogat für den Spray bis zum Beginne der Operation und nach Beendigung bis zur Anlegung des Verbandes dient ein dem Auge aufgedrückter mit derselben Flüssigkeit durchtränkter Schwamm, in die auch die zum Abtupfen benutzten Schwämme stets frisch getaucht werden. Die Instrumente werden in absoluten Alkohol getaucht und mit Leinwand abgetrocknet. Der sofort nach Entfernung des carbolisirten Schwammes aufgelegte Verband besteht zunächst aus einem Stückchen weichen, frisch mit 4% Borsäurelösung durchtränkten Borlints, darüber kommt, überall einige Millimeter überragend, feinster englischer Wachstaffet, der auch durch Borsäurelösung gezogen war, dann folgt die übliche Auspolsterung mit Wundwatte und die Flanellbinde. Diese sämmtlichen Cautelen werden bei jedem Verbandwechsel im Laufe der ersten 7—8 Tage beobachtet. Unter 114 Cataracten, die in 6 Monaten unter Anwendung dieses Verfahrens extrahirt wurden, kam es drei Mal zu Eiterung; eins dieser Augen wurde durch Entleerung des Eiters aus der wiedereröffneten Operationswunde bei Fortsetzung des antiseptischen Verfahrens erhalten. Die Operationsmethode war stets die modificirte Linearextraction mit einigen Abweichungen von der ursprünglichen Vorschrift, die genau mitgetheilt werden.

Fränkel (Chemnitz).

C. Lund. Labium leporinum duplex.

(Norsk. Mag. for Laegevidensk 1878. Bd. VIII. Hft. 3.)

Verf. giebt ein neues Operationsverfahren an, das bei doppelter Hasenscharte weit vorspringende Zwischenkieferbein zurückzudrängen, um gleichzeitig oder später die eigentliche Hasenschartenoperation folgen zu lassen. Die älteste Methode der vollständigen Wegnahme des Os intermaxillare verwirft er gänzlich; seine eigene Methode ist eine Verbesserung derjenigen, welche — meist unter ernster Blutung aus der Art. nasopalatina — durch Ausmeisselung eines dreieckigen Stückes aus dem Septum nar., oder durch verticale Spaltung und seitliche Verschiebung des so gelösten Zwischenkiefers ausgeführt wird. L. durchtrennt das Septum in schiefer Richtung, von vorn nach hinten, von einer Seite zur anderen und von unten nach oben. Man bringt dabei das Messer durch die eine Spalte ein und lässt es das Septum unter einem spitzen Winkel kreuzen, so dass die Spitze des Messers in der anderen Spalte weiter nach rückwärts im Gaumen frei wird und dabei den Knochen durchtrennt. Die Schnittfläche wird dadurch ziemlich gross und die Knochenenden kommen an einander zu liegen wie zwei zugespitzte Keile. Drängt man nach dieser Operation das Zwischenkieferbein nach rückwärts, so werden die

Schnittflächen grösstentheils oder geradezu vollständig mit einander in Berührung bleiben; denn die Verlängerung des Zwischenkiefers ist im Grunde eine mehr scheinbare, indem im Wesentlichen nur seine Richtung eine abnorme ist, dadurch, dass der Winkel, den das Os intermax. mit dem Vomer bildet, stumpfer wird und sich mehr einer geraden Linie nähert. Darum handelt es sich mehr um eine Drehung des Zwischenkiefers um seine Queraxe nach ab- und rückwärts als um ein Zurückdrängen in seiner Totalität. Die Schnittflächen machen so im Wesentlichen ebenfalls nur eine Drehung mit: dass sie dadurch mit einander in Berührung bleiben ist nicht blos von Bedeutung für die Heilung, sondern auch für die so gefürchtete Blutung. Um das zurückgedrängte Stück in der Lage zu erhalten, wird eine schmale Binde unter der Nase angelegt, hinten im Nacken befestigt, und durch eine Kreuzbinde über dem Scheitel nach oben fixirt. **Sänger** (Leipzig).

J. Hutchinson. Summer prurigo.

(Medical times and gazette 1878. Febr. 16.)

Verf. nimmt obigen Namen für eine, wie er angiebt, noch nicht beschriebene Hautkrankheit in Anspruch, die sich auszeichnet durch leichtes Recidiviren oder langjährige Dauer mit kurzen Remissionen und dadurch, dass sie jeder Behandlung trotzt; sie befällt hauptsächlich Gesicht und obere Extremitäten, zeigt Verschlimmerungen im Sommer und beginnt gewöhnlich in den Pubertätsjahren; das Exanthem besteht in kleinen rothen, juckenden Papeln, Abortivpusteln, die nur in Folge des Kratzens ulceriren, aber auch ohne Ulceration kleine Narben hinterlassen; dabei besteht im Gesicht gewöhnlich Erythem. Von »Hebra's Prurigo« unterscheidet sich die Affection dadurch, dass sie weniger »pruriginös« und mehr »erythematös« ist, dass sie immer das Gesicht und die oberen Extremitäten mehr als die untern befällt und dass sie keine Verschlimmerung zeigt im Winter, sondern im Sommer.

Verf. führt dann ausführlich einen Fall an, der in der frühesten Kindheit mit Masern begann, fast den ganzen Körper einnahm, im Sommer sich verschlechterte und jetzt, wo Pat. im 23. Jahre steht, mit unzähligen kleinen weissen Narben, die nicht ganz so tief sind wie Pockennarben, geheilt ist. Keine Verdickung oder Verhärtung der Haut, niemals Neigung zur eczematösen Form, wie in Hebra's Fällen. Ein zweiter ausführlich mitgetheilter Fall nähert sich mehr den letzteren; er betrifft ein 13jähriges Mädchen, welches im Alter von $8^1/_2$ Jahren, unmittelbar nach der ersten Menstruation, von einem ausserordentlich stark juckenden Exanthem an beiden Armen befallen wurde; zwei Jahre lang Beschränkung auf diese, dann Uebergreifen auf Schultern, Rumpf und den übrigen Körper mit Ausnahme der Stellen, wo sehr zarte Haut vorhanden ist: Beugestellen der Gelenke, Sohle, Hohlhand etc.; ferner ausgenommen die Kopfhaut. Das Exanthem besteht in einzelnen Papeln nebst vielen Borken und Kratz-

effecten; zahlreiche weisse oberflächliche Narben, Haut verfärbt, an einzelnen Stellen deutlich verdickt, namentlich an den unteren Extremitäten. Keine Spur von Ungeziefer, keine Hautkrankheiten sonst in der Familie. Die Affection trotzt jeder Behandlung.

H. berichtet noch über 12 weitere von seiner Krankheit Befallene, die, wenn auch im einzelnen nicht ganz übereinstimmend, doch sämmtlich sich im Winter besser befanden als im Sommer, zum Theil in ersterer Jahreszeit ganz frei waren von Exanthem; der Behandlung setzte die Affection meist grosse Schwierigkeiten entgegen, befiel das Gesicht mit und begann erst im späteren Alter.

H. Wildt (Berlin).

Balmanno Squire. Case of psoriasis treated with phosphorus »perles« and chrysophanic acid.

(Medical times and gazette 1877. Dec. 8.)

Verf. empfiehlt dringend unter Anführung eines Falles den Gebrauch von acidum chrysophanicum in Salbenform in Verbindung mit dem innerlichen Gebrauch von Phosphor bei der Behandlung der Psoriasis. Die Salbe besteht aus 4 Theilen acid. chrysophanicum und 15 Theilen Fett und wird längere Zeit im Oelbad digerirt, um eine innige Verbindung der Säure mit dem Fett zu erzielen. Die Borken müssen vor Application der Salbe entfernt werden. Es ist nothwendig, die Augen vor der Einwirkung der Salbe zu schützen. Der Phosphor wird als Oleum phosphoratum in Capsules gegeben von 0,005—0,02 pro die. — Die Salbe pflegt schon nach einer Woche zu wirken; der oben erwähnte Patient, der 27 Jahre an Psoriasis gelitten, war nach $4^1/_2$ Wochen völlig geheilt. **H. Wildt** (Berlin).

Studsgaard. Ueber die Behandlung des Netzes bei Operationen.

(Nordiskt medicinskt arkiv Bd. X. Hft. 1.)

Bedeckt das Netz bei Enterotomien die Därme und es lässt sich nicht nach oben schieben, so muss es mit Pincetten, um Blutung zu vermeiden, durchrissen werden; deckt das Netz bei Ovariotomien den Sack, so ist es, falls es sich nicht zurückschieben lässt, auszubreiten und bis zur Beendigung der Operation ausserhalb der Wunde zu lassen.

Handelt es sich um eine penetrirende Bauchwunde mit Vorfall des Netzes, so kommt es darauf an, ob die Wunde frisch und das Netz nicht eingeklemmt ist, in diesem Falle soll es nach sorgfältiger Reinigung und Blutstillung reponirt werden. Ist das Netz jedoch zerrissen, eingeschnürt oder stark beschmutzt, so räth Verf. es nach vorhergehender Ligatur abzutragen und den Stiel in die Bauchhöhle zu versenken. Bei der Herniotomie soll das Netz nicht in die Bauch-

höhle zurückgebracht werden, kleinere Stücke lässt man intact, grössere Massen werden excidirt.

S. bespricht dann den Fall, in welchem das Netz mit einer Hernie flächenhaft verwachsen ist; dieses Verhalten kann zu einer inneren Incarceration führen und verschlimmert auch bei äusseren Incarcerationen die Prognose bedeutend.

Schliesslich berichtet Verf. über drei Fälle von Radicaloperation der Hernie nach v. Nussbaum. In einem Fall war der Bruchsack leer, im zweiten lag ein Netzbruch vor, das Netz wurde excidirt. Diese zwei Fälle verliefen günstig. Im dritten Fall, in welchem eine incarcerirte Inguinalhernie vorlag, starb die Kranke bereits $3^1/_2$ Stunden nach der Operation (Shoc). —

Th. Kölliker (Würzburg).

Dieulafoy. Du traitement des épanchements du genou par aspiration.

(Gaz. hebdom. 1878. No. 8.)

D. versichert auf Grund von 200 einschlägigen Beobachtungen, dass bei gut gestellter Indication und richtig ausgeführter Operation die Kniegelenkspunction mit nachfolgender Aspiration eine rationelle und wirkungsvolle Behandlungsweise der Hydarthrose darstelle. Zwei neuerdings operirte Fälle betreffen einen Haemarthros — Punction am 8. Tage nach der Verletzung mit Nadel No. 2, Entleerung von 80 g blutiger Flüssigkeit — Heilung nach 8 Tagen — und einen chronischen Hydarthros, der nach acutem Gelenkrheumatismus zurückgeblieben war (Entleerung von 115 g — zweite Punction nach 3 Tagen entleert 48 g.). — Pat. verlässt nach 4 Tagen das Bett und ist 5 Tage später geheilt.

D. bespricht sodann eingehend die operative Technik, den Werth der Behandlungsweise und deren Erfolg bei den verschiedenen Arten von Flüssigkeitsergüssen in's Kniegelenk. Er kommt im Wesentlichen zu folgenden Aussprüchen: Die Entleerung von Flüssigkeitsergüssen in's Kniegelenk durch die Aspiration ist gänzlich unschädlich, wenn die Operation methodisch ausgeführt wird, d. h., wenn man nicht eine stärkere Nadel als No. 2 gebraucht; der Eintritt von Luft in's Gelenk sei hierbei ganz unmöglich. Wären also üble Zufälligkeiten entstanden, so kämen dieselben nur auf Rechnung der operativen Ausführung, d. h. wenn der Operateur eine zu starke Nadel gebraucht hat, wenn er zur vermeintlichen Beförderung des Exsudatausflusses, das Gelenk quetscht und drückt, und wenn er dem Pat. gestattet, alsbald nach der Operation aufzustehen und umherzugehen.

Die blutigen oder nicht-blutigen Ergüsse in's Gelenk, welche in Folge eines äusseren Anlasses entstanden sind, heilen rasch; im Allgemeinen nach 1—2 Aspirationen.

Die sero-fibrinösen Exsudatergüsse (Hydarthrosen) bedürfen eine Behandlung, deren Dauer variirt (1—6 Aspirationen), für manche

Fälle sehr kurz ist, in allen Fällen aber sicherlich kürzer, als die Behandlungsdauer unter Anwendung von anderen Methoden.

Die blennorrhagischen Hydarthrosen sind hartnäckiger als die vorhergehenden; sie bedürfen wiederholter Aspirationen, da das Exsudat sich rasch wieder ersetzt.

Nach all' dem, meint D., scheine in der Behandlung von Flüssigkeitsergüssen in's Kniegelenk die Erfahrung zu Gunsten der Punction mit nachfolgender Aspiration zu sprechen. **Fr. Steiner** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Nicaise. Calcification des bourses séreuses.

(Bull. de la Société de Chir. Tome III. No. 7. Séance du 27. Juni.)

Bei einer 50jährigen Tagelöhnerin fand sich vor und über dem linken Schienbeinhöcker eine höckerige Geschwulst, an der die etwas verdünnte, rothe, leicht glänzende Haut adhärent war. Dieselbe soll seit 4—5 Jahren allmälig entstanden, seit 6 Monaten schmerzhaft sein, so dass Pat. nicht aufrecht stehen kann und hinkt; besonders ist die Extension mit Schmerzen verknüpft. Bei der Exstirpation stiess das Messer dicht unter der Haut und von derselben nur durch einige dünne Bindegewebsschichten getrennt, auf eine harte Schale, hinter der sich eine breiige Kalkmasse befand, die wiederum von den tiefer gelegenen Theilen, dem Ligament. patellae durch eine zweite, dicke, mit jenem Bande fest verwachsene Schale, die sich nur stückweise entfernen liess, getrennt war. In das Ligament. patellae fanden sich mehrere mit Kalkbrei gefüllte Höhlungen eingelagert, die mit dem Haupttumor durch enge Gänge in Verbindung standen. Der Brei erhärtete an der Luft binnen $^1/_2$ Stunde zu der Festigkeit der vorderen Wand. Die gesammte Kalkmasse wog 26 g, davon das Hauptstück 23 g. Die Analyse ergab phosphorsauren und kohlensauren Kalk in gleichem Verhältniss wie er sich in den Knochen findet.

Die Wunde wurde vernäht, heilte per primam.

N. findet die Ursache dieser Geschwulst, wie auch der öfter bei Wäscherinnen beobachteten Bursitis, in dem Knieen beim Scheuern des Fussbodens; durch den chronischen Reiz und das Alter der Pat. wird die Verkalkung begünstigt. Es ist nicht die Bursa praepatellaris selbst, die sich so verwandelt, sondern ein unter derselben sich bei Leuten jener Beschäftigung leicht entwickelnder Schleimbeutel.

Boeters (Berlin).

C. Boeck. Ein seltener Fall von Pemphigus neonatorum.

(Vierteljahrschr. für Derm. und Syph. 1878. No. 1.)

Bei einem gut entwickelten Knaben einer nicht syphilitischen Mutter waren am 5. Lebenstage am Hals und Kinn Vesikeln aufgetreten, die sich bald vergrösserten und von neuen Eruptionen gefolgt wurden. Am 14. Lebenstage wurde das Kind ins Spital aufgenommen. Es fanden sich schon da ausgedehnte, von der Epidermis entblösste, theils nässende, theils mit Krusten bedeckte Herde. In acuter Weise kam es zu weiteren Epidermisablösungen unter mässiger seröser Exsudation, ausgehend von je einzelnen Blasen-Centren. Nirgends trat Ueberhäutung ein. Ulceration zeigte sich nirgends. Man hatte also das Bild des Pemphigus foliaceus.

Nach 4tägigem Spitalsaufenthalte verstarb das Kind. Gehirn und innere Organe der Brust- und Bauchhöhle boten nichts bemerkenswerth Abnormes.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Haut wurden die Gefässe des Coriums enorm erweitert und strotzend mit Blut gefunden. Dagegen fand sich keine Zelleninfiltration den Gefässen entlang vor, ja es konnte kaum ein einziger Zellkörper nachgewiesen werden. **Kaposi** (Wien).

Kappesser. Methodische Schmierseife-Einreibungen gegen chronische Lymphdrüsenleiden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 6.)

Verf. fand, dass bei einem seit Jahren vergeblich behandelten scrophulösen Knaben, als er gegen Scabies Einreibungen mit Schmierseife anwandte, die geschwollenen Drüsen verschwanden. Diese Erfahrung verwerthete er später bei sehr hochgradigen Erkrankungen scrophulöser Kinder mit vorzüglichem Erfolge. Es wurde etwa zweimal in der Woche Abends ein Esslöffel voll Schmierseife mit Hülfe von lauem Wasser in die Haut eingerieben und nach zehn Minuten abgespült. Das leicht auszuführende Verfahren und die grosse Rathlosigkeit, mit welcher man den betreffenden Erkrankungsfällen so oft gegenüber steht, fordern zur Prüfung des Mittels auf. **v. Mosengeil** (Bonn).

M'Hardy. Removal of piece of iron from lens by means of a magnet.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 463. Clin. Soc.)

Einem 31jährigen Manne sprang ein Stückchen Eisen ins Auge; nach 24 Stunden erfolgte leichte Iritis; die Augenmedien sind vollkommen durchsichtig, die Bulbusspannung ist normal; nach Erweiterung der Pupille sieht man am unteren und inneren Abschnitte der Linse eine scharfe Trübung in der Substanz der Linse. Da Verf. die Linse nicht entfernen wollte, aber ohne Gefahren für die Linse und für das Auge der Eisenspan nicht zu extrahiren war, so benutzte er auf B. Carthy's Rath einen mit 2 Grove'schen Elementen in Verbindung gesetzten Magnet. — Verf. hatte sich zuerst einen magnetischen Spatel construiren lassen —; als derselbe bis auf 4''' dem Auge genähert war, sprang der kleine Fremdkörper aus der Linse heraus und fiel in die vordere Augenkammer, von wo er nach gemachter Iridectomie leicht entfernt werden konnte; mit Hülfe eines Convexglases konnte Pat. auf dem Auge normal sehen. Aehnliche Beobachtungen wurden von M. Keown 1876 mitgetheilt. **Pils** (Stettin).

Grasset. Commotion ou contusion de la moelle.

(Montpellier méd. T. LX 1878. März u. April.)

Ein Individuum bekommt einen Schuss (Revolver) in den Rücken und zwar in die Lumbalgegend; die Kugel dringt bis auf die Wirbel, ohne daselbst eine Fractur zu bewirken, und fällt aus derselben Oeffnung wieder heraus. Letztere Annahme glaubte Verf. deshalb machen zu müssen, weil er trotz mehrfacher Sondirung eine Kugel nicht hatte finden können.

Die nun folgenden Symptome, grosse Hyperästhesie und bedeutende Schmerzen in den beiden unteren Extremitäten, besonders in den Unterschenkeln, glaubt Verf. auf eine Commotion resp. Contusion des Rückenmarks zurückführen zu müssen. Er sieht daher diesen Fall als einen eigenthümlichen an, dem er nur wenige ähnliche aus der Literatur zur Seite stellen kann.

Bei antiphlogistischer Behandlung und nach starker Eiterung der Wunde, bessert sich der Zustand des Pat. so, dass nach 6 Wochen nur noch Schwäche in den Beinen zurückblieb.

Nach weiteren 6 Wochen (nachdem bereits der Fall publicirt war) wird eine Revolverkugel aus der noch zurückgebliebenen Fistel spontan ausgestossen, wie uns eine kurze Notiz in dem Aprilheft der besagten Zeitschrift kund thut. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Chvostek. Ein 3. Fall von Sarcom der Wirbelsäule.

(Wiener med. Presse 1877. No. 34.)

Multiple Sarcome der Wirbelknochen mit Compression des Rückenmarkes im unteren Brustsegmente. Consecutive Paraplegie, Lähmung des Mastdarms und der Blase und dadurch bedingte Cystitis und Pyelonephritis. — Multiple Sarcome der Schädelknochen mit Druck auf die Convexität des Grosshirns; consecutive

Thrombose des Sinus falciformis maj. und des linken Sinus transversus, sowie der in das vordere Ende des ersteren einmündenden Venen mit consecutiver circumscripter Meningitis auf der Oberfläche des linken Stirnlappens und Capillarapoplexien in der Rinde der ersten Stirnwindung. — Bald vorübergehende Aphasie. Sarcome in den Knochen des linken Sprunggelenkes, am Sternum und der 3. linken Rippe, in den Drüsen, Leber, Pleura, Lungen und rechten Niere. Partielle Induration des linken oberen Lungenlappens. (Vergl. die früheren beiden Fälle Centralblatt für Chirurgie 1877. p. 383.) **Winiwarter** (Wien).

Winkel. Demonstration eines Falles von Nierenbeckenfistel wegen Hydronephrose angelegt.

(Vortrag gehalten beim 6. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

Die jetzt 21jährige Patientin wurde vor $1^1/_2$ Jahren schwanger; während der Gravidität bemerkte sie eine Anschwellung in der rechten Bauchseite, die nach der Entbindung stärker wurde, und zunächst auf einen Ovarialtumor bezogen wurde. Man konnte die Geschwulst jedoch von den Genitalien abgrenzen und unter ihr die Wirbelsäule palpiren; sie ragte nach links 8 cm über die Mittellinie und war vom Leberrande nicht zu trennen. Eine Punction entleerte 2500 g blass-gelblicher Flüssigkeit ohne geformte Elemente, die keinen Harnstoff, wohl aber bernsteinsaures Natron enthielt, also sehr wohl einem Echinococcus entsprechen konnte. Im December 1876 leitete W. die operative Behandlung durch Einstossen von 4 Troikarts auf der Höhe der Geschwulst 4 cm rechts vom Nabel ein. Nach 4 Tagen schon war die Adhäsion vollständig, die Incision jedoch wurde wegen Eintretens der Menses erst später ausgeführt. Es entleerte sich dabei leicht getrübte, dann blutig-eitrige Flüssigkeit, zuletzt hellrothes Blut in grosser Menge; es zeigte sich, dass der Sackwandung noch eine centimeterstarke Schicht von Nierenparenchym auflag, welches das arterielle Blut entleerte. Im Innern der Cyste fühlte man eine ganze Reihe von Nierenkelchen. Vernähung der äusseren Haut mit den Wandungen der Cyste (Nierenbecken) und Auflegen eines comprimirenden Wattetampons zur Blutstillung.

Nach 2 Tagen steht die Blutung, nach 10 Tagen konnten die Nähte entfernt werden.

Die Anfangs sehr starke Secretion wurde schwächer und schwächer; die Incisionswunde verkleinerte sich, und mehrfache Secretstauungen machten es nöthig, das Gummidrain durch einen incompressibeln Apparat zu ersetzen, den Pat. heute noch trägt.

Der Tumor wurde rapid kleiner, und ist jetzt kaum noch nachweisbar. Die durch die Fistel täglich entleerte Secretmenge beträgt etwa 150 g, während durch die Blase 1500 g entleert werden.

Das untere Ende des Ureter ist nicht durchgängig; gefärbte Flüssigkeit, die man durch die Fistel einspritzt, findet sich in der Blase nicht wieder.

W. ist der Meinung, es habe sich im gegenwärtigen Falle um eine hydronephrotische Wanderniere gehandelt; es spricht hierfür hauptsächlich der Umstand, dass vor der Cyste noch Nierenparenchym durchschnitten werden musste, während bei einer gewöhnlichen hydronephrotischen Niere dort, als am Orte des geringsten Widerstands, das ausgedehnte Becken hätte liegen müssen.

Bezüglich eines weiteren Eingriffes wäre zunächst, da der Zustand der Pat. ein durchaus erträglicher sei, und die Secretion mehr und mehr abnehme, abzuwarten, ob die Niere nicht doch noch schrumpfen und spontan versiegen könne. Trete dieses nicht ein, so müsste man versuchen, den Ureter wieder durchgängig zu machen; doch ist W. der Versuch, einen Urether von der Blase aus zu katheterisiren bisher noch nicht gelungen. Es bleibe dann schliesslich nur die Exstirpation des Nierenrestes übrig, und zwar hier mittels vorderen Bauchschnitts. — Hirschberg erinnert hierauf daran, dass Simon die Ureteren habe katheterisiren können. Martini wirft die Frage auf, ob es sich im vorliegenden Falle nicht um eine Hufeisenniere mit Erweiterung der rechten Hälfte des Nierenbeckens gehandelt habe. **A. Genzmer** (Halle a/S.).

Torrès. Gros calcul ramifié du bassinet, composé presque exclusivement d'acide urique, paraissant consecutif à une violente contusion du rein.

(Soc. anat.; séance du 23. Févr. 1877. — Progrès medical 1877. No. 17.)

Ein vorher ganz gesunder Mensch (Alter nicht angegeben) erlitt 1861 eine rechtsseitige Rippenfractur und eine Contusion der Lumbalgegend. In den folgenden Tagen Bluthamen. Lange nach der Consolidation der Fractur blieben nach dem Bauche ausstrahlende Schmerzen der Lendengegend zurück. Ende 1861 wieder arbeitsfähig, musste Pat. ein Jahr später wegen Wiederkehr der Schmerzen und schweren Urinirens einen Arzt consultiren. Nach mehrmaligem Katheterismus entleerte sich mit dem Urin Sand und Gries. Von Stund an Besserung. 1869 wieder Schmerzen sowohl links wie rechts. Pat. konnte nur auf dem Rücken liegen, in Seitenlage, besonders linker, traten heftige Schmerzen auf. Das Bücken ermüdete ihn sehr. Nach Excessen in Baccho heftige Schmerzen. Wenn Pat. auf diese Umstände Rücksicht nahm, konnte er arbeiten. Ende 1875 heftige Nierenkoliken und Diarrhoe. Aufnahme ins Hospital. Bei Genuss von Bouillon, Milch und verschiedenen Arzneien (anderes scheint Pat. nicht bekommen zu haben) starke Abmagerung und Tod am 6. Febr. 1877. — Section: Linke Niere sehr gross, blutreich, Ureter erweitert. Rechte Niere klein, blass, hart, Nierenbecken sehr erweitert; in letzterem ein Stein von verzweigter Gestalt und einem Gewicht von 37 g. Bestandtheile: besonders Harnsäure, ein wenig harnsaures Ammoniak, an gewissen Stellen in ganz geringer Menge oxalsaurer Kalk.

Petersen (Kiel).

J. F. West. Fracture of the pelvis, followed by the formation of a calculus and by cystocele.

(The Birmingham med. review 1877. Oct. No. 24.)

Der 28jährige Pat. erlitt vor 4 Jahren in einer Kohlengrube eine Fractur des linken Schambeins. Es folgte Urinretention und durch den eine Woche in der Blase liegenden Katheter entleerte sich viel Blut. 3 Monate lag er im Bett, ging dann auf Krücken und konnte nach 6 Monaten wieder arbeiten. Vor 2 Jahren entleerte sich ein etwa erbsengrosser Stein durch die Urethra. Vor 8 Monaten, beim Heben eines schweren Gegenstandes fühlte Pat., dass links tief unten im Unterleibe etwas nachgab, doch war keine Schwellung zu bemerken; nur musste Pat. sehr oft Urin lassen und konnte ihn zuletzt gar nicht mehr halten. Erst einen Monat vor der Aufnahme trat Schwellung und Oedem in der linken Inguinalgegend und am Schenkel auf.

Bei der Untersuchung fand sich im oberen Dritttheil der inneren Seite des linken Oberschenkels eine unregelmässig ovoide Anschwellung, welche undeutliche Fluctuation zeigte; bei Druck auf dieselbe floss der Urin reichlicher; die Schwellung zieht sich nach der Glutaealfalte hin; die Haut nicht geröthet oder oedematös; Eindrücken über dem Schambein erzeugt etwas Schmerz; der alkalische, eiweissfreie Urin zeigt bis auf eine reichliche Menge von Phosphaten keine Besonderheiten; in der Blase lässt sich durch den Katheter leicht ein grosser Stein nachweisen. Pat. ist sehr elend.

Am 26. Juli machte W. den Seitensteinschnitt in der Chloroformnarkose; der hühnereigrosse Stein erforderte aber noch eine nachträgliche bilaterale Incision, ehe er extrahirt werden konnte. Der Femoraltumor wurde durch Druck auf die Innenseite des Schenkels in die Blase entleert; und dann eine, zur Blutstillung mit Lint umgebene Röhre durch die Wunde in die Blase geschoben. Der aus Phosphaten bestehende Stein wog 1527 Gran. Pat. erholte sich nicht vom Shock der Operation und starb am andern Morgen.

Bei der von H. Thomas ausgeführten Section eröffnete der gewöhnliche Schnitt in der Linea alba eine Abscesshöhle, welche bis $1^1/_2$ Zoll oberhalb des Schambeins hinaufragte. Diese Höhlung erstreckte sich abwärts zwischen Blase und Schambein, und war im grössten Durchmesser etwa 4 Zoll breit; sie commu-

nicirte mit der Blase durch eine in der Mitte der vorderen Wand der letzteren befindliche, ca. $^1/_2$ Zoll breite Oeffnung, welche weiche granulirende Ränder hatte; eine zweite Oeffnung an der Aussenseite des linken Rectus abdominis führte in einen Fistelgang, welcher in eine weite Höhlung mündete, die unter den Muskeln an der inneren und oberen Hälfte des Oberschenkels lag. Die Höhlung sieht wie eine mit dicken, aus geschichtetem Fibrin bestehenden Wänden versehene Cyste aus. Einen halben Zoll von der Symphyse entfernt fand sich eine geheilte Fractur des linken Schambeins. Die Blasenwand hypertrophirt, die Schleimhaut weich, mit Schleim bedeckt. Die rechte Niere gesund, wiegt 7 Unzen; der rechte Ureter normal; der linke dagegen misst $^3/_4$ Zoll in der Breite, die linke Niere ist geschrumpft, enthält mehrere kleine Abscesse, wiegt 3 Unzen. Alle übrigen Organe sind gesund.

Aus den Bemerkungen, die Verf. an diese Krankheitsgeschichte knüpft, ist Folgendes hervorzuheben: Wahrscheinlich wurde beim Bruch des Schambeins — ob durch einen Splitter desselben oder nicht, ist schwer zu entscheiden — die Blase verletzt. In Folge davon wurde der Grund zur Bildung von 2 Steinen gegeben, von denen einer spontan abging, der andere aber sich vergrössernd bis zur Operation in der Blase blieb. Der Stein hatte vielleicht eine Verschwärung und Verdünnung der Blasenwand veranlasst, verbunden mit Entzündung und Abscedirung des umgebenden Bindegewebes; in diese Abscesshöhle hatte sich Urin hineingedrängt und die Fistelbildung, welche zur Höhlung am Oberschenkel auswuchs, allmälig hervorgerufen. Verf. bespricht nun die anatomischen Verhältnisse der Blasenwunden und führt an, dass bei solchen an der vorderen Wand das Peritoneum unverletzt sein kann. Ferner citirt er eine Reihe von Fällen ähnlicher Art aus der Literatur; bei einigen derselben fand sich als Kern des nach der Verletzung entstehenden Blasensteines ein Knochenstück. Das Nähere wolle man im Original nachsehen. **A. Bidder** (Mannheim).

H. Hüter. Aus der chirurgischen Klinik des Herrn Prof. C. Hüter. Vier Fälle von Steinschnitt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 1—4.)

H. berichtet über 4 Lithotomien, die im Sommer 1877 von Prof. C. Hüter ausgeführt wurden, darunter die letzte bei einem 72 jährigen Manne. In 3 Fällen wurde der Lateralschnitt mit dem Lithotom von Smith gemacht; einmal mit günstigem Erfolge, zweimal trat der Exitus lethalis ein und zeigte die Section in beiden Fällen Pyelonephritis beider Nieren, die nach dem Dafürhalten des Verf. schon vor der Operation bestanden hatte. Die Heilung des genesenen Patienten war in 10 Wochen vollendet. Bei dem letzten Falle endlich war eine genaue Diagnose nicht möglich, da eine gewaltige Vergrösserung der Prostata das Einführen eines Katheters ganz unmöglich machte; es wurde deshalb zur Punction der Blase geschritten und nach Constatirung des vorhandenen Steines die Sectio alta mit gutem Erfolge ausgeführt. Pat. genas in 8 Wochen vollständig.

Urlichs (Würzburg).

Lebec. Tumeur cystique crétacée du cordon spermatique.

(Soc. anat.; séance du 17. Dec. 1876. — Progrès médical 1877. No. 13.)

L. berichtet über eine verkalkte Cyste am Samenstrang, welche lange bestanden hatte und für ein Enchondrom gehalten wurde. Bei der Section ergab sich Folgendes: der Tumor von der Grösse einer Wallnuss liegt 2 Querfinger breit unterhalb des äussern Leistenrings, ist mit dem Samenstrang verbunden, mit diesem unter der nicht verwachsenen Haut beweglich. Consistenz sehr hart. An der Oberfläche Protuberanzen. Die Geschwulst ist in fibröses Gewebe eingebettet, steht durch einen sehr kurzen Stiel in Verbindung mit dem untern Ende des Proc. vermiformis, der durch den Inguinalcanal herabgetreten ist, und ist besonders stark verwachsen mit dem sonst gesunden Samenstrang. Das Vas deferens liegt an der innern, die Gefässe verlaufen an der äusseren Seite der Geschwulst. Hoden gesund. Beim Durchschneiden des Tumors zeigt sich ein Hohlraum, der eine kleine Quantität Cholestearin enthält. Die verkalkte Wandung hat eine Dicke von

2 mm im Mittel. — L. stellt folgende Fragen: Ist der Tumor ein alter Bruchsack? oder ist die Cyste hervorgegangen aus einem dem Proc. vermiform. anhängenden Fettläppchen? oder hat sich die Geschwulst in der Wandung des Wurmfortsatzes gebildet, ohne mit demselben zu communiciren? (An einen Zusammenhang mit dem Samenstrang scheint L. nicht zu denken. Ref.) **Petersen** (Kiel).

L. Holden. Compound dislocation of the shoulder; reduction; subsequente necrosis of the head and neck of the humerus; recovery.

(Bartholom hosp. reports Bd. XII. p. 41.)

Durch Maschine verletzt, zeigte der 19jährige Mann die Achselhöhle quer durchrissen, der unter dem Proc. corac. stehende Kopf war in der Wunde zu fühlen, daneben bestand eine complicirte Fractur des Schlüsselbeines. Trotz der Weichtheilzerreissungen wurde der Versuch gemacht — bei der Jugend des Pat. und der Unversehrtheit der grossen Gefässe und Nerven —, die Luxation zu reponiren; einfacher Verband. Fieber, üble Eiterung. Frost am 12. Tage ohne besondere Folgen; reichliche Eiterung, Allgemeinbefinden nicht besonders. Am 104. Tage Abcess, Incision, gelöster Kopf und Hals des Humerus werden extrahirt; schnelle Besserung und Heilung mit brauchbarem Arme.

Verf. fand, dass in 11 Beobachtungen 7 Mal die Reduction einen brauchbaren Arm lieferte, 2 Mal die Resection einen tödtlichen Ausgang im Gefolge hatte, 2 Pat. starben, bevor Hülfe kam. Die Beobachtungen gehören A. Cooper, Erichsen (2), Hamilton (2), Fergusson (1), und Scott an. Im nouveau dictionaire de médicine et chirurgie sind 3 Beobachtungen mitgetheilt.

Pilz (Stettin).

R. Volkmann. Vorstellung eines Kranken mit antiseptisch behandeltem und ohne Ankylose geheiltem Knieschuss.

(Vortrag gehalten beim 6. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

Ein 24jähriger cand. med. hatte $1^1/_2$ Stunde vor seiner Aufnahme in die Hallesche Klinik einen Pistolenschuss in die obere Epiphyse der rechten Tibia bekommen. Sofort nach der Verwundung war Synovia aus der Wunde geflossen; jetzt zeigte sich das Gelenk mit Blut prall gefüllt.

Der Schusscanal begann etwas aussen vom lateralen Rand des Ligamentum patellae und verlief im Caput tibiae 5,8 cm tief in querer Richtung; in der Tiefe fühlte man einen harten Körper. Durch einen Längsschnitt wurde der Knochen freigelegt und nun der Schusscanal trichterförmig aufgemeisselt, bis es gelang, mittelst eines scharfen Löffels die Kugel zu entfernen, die bis in die Corticalis der Aussenseite gedrungen war.

Schon bei den ersten Meisselschlägen hörte man im Gelenk Succussionsgeräusche; wahrscheinlich verlief dem Schusscanal parallel eine Fissur ins Gelenk. Das letztere wurde oberhalb der Patella incidirt, ausgewaschen und drainirt; auch in den aufgemeisselten Schusscanal wurde ein Drain gelegt. Strenge Antisepsis.

Der Wundverlauf war ausserordentlich günstig; schon am 4. Tage wurde das Gelenkdrain, am 6. das Drain des Schusscanals entfernt. Das ganze Blutgerinnsel innerhalb des letzteren wurde im Verlaufe von 4 Wochen organisirt, d. h. durch neugebildete Gewebsmassen substituirt. Nach 6 Wochen ging Pat. schon umher, heute, $2^1/_2$ Monate nach der Verletzung, gebraucht er sein Knie wie ein gesundes.

Es folgt die Demonstration des Kranken und eines Knochenpräparates, an welchem der ausgemeisselte Schusscanal nachgebildet ist.

A. Genzmer (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 30. **Sonnabend, den 27. Juli.** **1878.**

C. Weigert. Ueber Croup und Diphtheritis. II. Theil.

(Virch. Arch. 1878. Bd. LXXII. Hft. 2.)

Nachdem Verf. in einem früheren Aufsatz (Virch. Arch. Bd. LXX, Hft. 4) die künstliche Erzeugung von Croup bei Kaninchen besprochen und seine Ansichten über die Entstehung von Croupmembranen präcisirt hatte, widmet er den vorliegenden 2. Theil der Untersuchung einschlägiger und verwandter Processe beim Menschen. — Um der hier vorhandenen Begriffsverwirrung zu steuern, sondert W. von dem Croup und von der Diphtheritis als besondere Gruppe die »pseudodiphtheritischen« Auflagerungen.

Die Pseudomembranen des Croup, als dessen Prototyp der Trachealcroup gelten muss, liegen meist direct auf der Basalmembran der Schleimhaut. Das Epithel fehlt meist ganz unter der Pseudomembran. Wo kleine Strecken, gleichsam Inseln vom Epithelüberzuge stehen geblieben sind, da legt sich die Pseudomembran von den epithelfreien Stellen her pilzförmig oder uhrglasförmig herüber. Die-

selbe besteht aus einem Netzwerk von Fasern, welche im Allgemeinen der Schleimhautoberfläche parallel laufen. Durch feine Fasern, die von der Basalmembran in das Netzwerk übergehen, hängt die leicht ablösbare Croupmembran mit ihrer Unterlage zusammen. Ausser in der Trachea fand W. solche Membranen an croupös erkrankten Conjunctiven. Auch im Rachen kommen ähnliche Auflagerungen auf epithelentblösster Unterlage vor. In einem Fall von Typhus abdom. fanden sich ähnliche Bildungen auf der Schleimhaut der Blase. —

Die Pseudodiphtheritis stellt sich in besonders typischer Weise in den meisten Fällen von Rachenbräune der Kinder (Roser's »Diphtherie) dar. — Die Membranen liegen hier dem Schleimhautbindegewebe genau so auf, wie bei Croup. Nur kann die Membran im Leben nicht entfernt werden, ohne Verletzung ihrer Unterlage. Nach dem Tode gelingt es meist, solche Häute ohne Mühe abzuheben. Dieselben stellen sich als ein sehr dichtes glänzendes Gerüst mit engen Maschenräumen dar. Durch entsprechende Färbung der Schnitte überzeugt man sich, dass die soliden Theile des Gerüstes dicht aneinander gedrängte, runde, kernlose, mattglänzende Schollen sind, von der Grösse und Gestalt der Rundzellen des darunter liegenden Bindegewebes. Zwischen den nach verschiedenen Richtungen selbst zu klumpigen Massen verschmelzenden Schollen liegen mehr oder weniger reichliche kernhaltige Rundzellen, die genau denen des Bindegewebes gleichen. Chemisch stehen die Schollen noch dem geronnenen Fibrin am nächsten. — Zuweilen trifft man in pseudodiphtheritischen Membranen grössere glänzende Schollen, deren morphologische Beziehung zu Epithelzellen ganz evident ist. Die Verbindung mit den anderen Schollen ist meist eine sehr innige, so dass häufig Schwierigkeiten in der Unterscheidung der Herkunft der verschiedenen Schollen eintreten. Die an Epithelzellen erinnernden Schollen können aber auch selbstständig, in einem sie umschliessenden fadigen Netzwerk vorkommen. So bei den sogenannten secundären Diphtheritisformen infectiöser Krankheiten, wo sie dann makroskopisch dünne, schmierige, schmutzigweisse Pseudomembranen darstellen. Endlich können den Auflagerungen als fremdes Element Anhäufungen von Micrococcen beigemischt sein, in Form der bekannten zooglöaähnlichen Massen. —

Die Pseudomembranen liegen also direct auf dem Schleimhautbindegewebe an Stelle des kernhaltigen Epithels. Die Fasern der Membran hängen vielfach und innig mit der obersten Bindegewebsfläche zusammen, von der sie förmlich ausstrahlen können. Das Bindegewebe findet sich häufig ödematös geschwellt, verschieden reich mit Rundzellen durchsetzt. —

Ausser am Rachen hat W. auch an anderen Schleimhäuten Pseudodiphtheritis beobachtet, so entsprechende Auflagerungen am Cervix uteri bei Puerperalfieber. Auch im Darm, sowohl bei secundärer als bei primärer Dysenterie, findet man pseudodiphtheritische Membranen, die sich nur durch grössere Dichtigkeit des Faserwerks und engere Maschenräume von den gewöhnlichen Bildern des Larynxcroup unter-

scheiden. Die Massen hängen mit der Schleimhaut fest zusammen. Das Epithel fehlt; nur bei grösseren Membranen kann in der Tiefe zwischen den Zotten das Epithel noch geblieben sein; an den Spitzen der Zotten fehlt das Epithel jedesmal. —

Die eigentliche Diphtheritis, d. h. die Verwandlung der oberflächlichen Schichten des Schleimhautstroma selbst in eine dem geronnenen Fibrin ähnliche Masse, trifft man an allen möglichen Schleimhäuten, ausser vielleicht in der Trachea. Der Process findet sich neben pseudodiphtheritischen Auflagerungen oder mit ihnen combinirt. Das diphtheritisch veränderte Schleimhautstroma ist in allen Fällen ohne sichtbare Gewebskerne und zwar bald so, dass man nur undeutlich körnige Massen zwischen den Bindegewebsfasern wahrnimmt, bald so, dass eine reichliche körnige Substanz oder ein Conglomerat kernloser Rundzellen vorhanden ist. — Innerhalb der kernlos gewordenen Massen können kernhaltige Wanderzellen mehr oder weniger reichlich liegen. Auch fehlen die Micrococcencolonien nie. — Wenn eine diphtheritische Infiltration die Oberfläche eines hämorrhagisch infiltrirten Gewebes betrifft, so können im mikroskopischen Bilde die Gewebsverhältnisse ganz normal erscheinen, nur sind die rothen Blutscheiben in den betroffenen oberen Schichten ihres Farbstoffes verlustig gegangen, sehen matt durchscheinend und trübe aus und die Gewebskerne sind verschwunden. Solches findet sich z. B. bei hämorrhagischen Pocken, und zwar fast regelmässig in den Nierenbecken oder Nierenkelchen. Auch der Rachen, der Darm und der Magen sind ganz besonders zu einer diphtheritischen Verschorfung der obersten Schichten an den hämorrhagisch infiltrirten Stellen disponirt.

Aus der Deutung obiger Befunde, deren Einzelnheiten im Original zu vergleichen sind, heben wir nur hervor, dass Verf. für den Trachealcroup als wesentliche Vorbedingung eine Zerstörung des Epithels bei gleichzeitiger Intactheit des Bindegewebes hinstellt. Sowohl bei Croup wie bei Pseudodiphtheritis schliesst sich an das Absterben des Epithels ein Absterben weisser Blutkörperchen im specifischen Sinne an. Es kann letzteres aber nur an anatomisch resp. physiologisch dazu disponirten Orten eintreten. Jene Disposition könnte darin ihren Grund haben, dass hier ein reichlicheres Hervortreten von weissen Blutkörperchen auch ohne Eiterung erfolgte. Bei der Pseudodiphtheritis tritt nur eine n o c h reichlichere Auswanderung ein als bei Croup. Die Zellen werden hierbei kernlos; sie zeigen zwar ihren Zellenleib erhalten, aber die Leiber sintern vielfach zusammen, verkleben und verschmelzen mit einander zu jener derben, dem geronnenen Fibrin äusserlich ähnlichen Masse, die den Hauptbestandtheil der Auflagerungen bildet.

Bei der wahren Diphtheritis erstreckt sich die specifische Zerstörung auch auf das Bindegewebe und die von ihm umschlossenen Gewebsbestandtheile. Die eigentliche Schleimhautschicht kann vollständig mit ihren Gefässen in der erstarrten Gewebsmasse untergegangen sein. Wir können hier also nicht auf eine specifische Dis-

position der noch lebenden, unter der zerstörten Schicht liegenden Gewebstheile zu fibrinösen Ausscheidungen auf ihre Oberfläche recurriren wie bei Croup. Das Specifische liegt hier in der Form der untergehenden Gewebstheile, die nicht etwa eintrocknen, faulen oder bröcklig zerfallen, sondern wiederum eine derbe, dem geronnenen Fibrin ähnliche Substanz darstellen.

Als Ursache der specifischen Nekrose ventilirt W. verschiedene Möglichkeiten. Wahrscheinlich ist der durch das specifische Agens bewirkte Gewebstod (bei Croup die Abtödtung blos des Epithels) das Primäre; die entzündlichen Vorgänge begleiten obigen Process oder folgen ihm nach. — Ueber das Wesen des specifischen Giftes bei Croup und Diphtherie äussert sich Verf. in keiner bestimmten Weise. —

In consequenter Art lässt nun W. die verschiedenen Ansichten über das Wesen des diphtheritischen Processes an uns vorübergehen und verbreitet sich in kurzen Schlussbemerkungen über einige Erkrankungen, welche mit den bei der Diphtherie beschriebenen Vorgängen gewisse Analogien bieten. So werden die Niereninfarcte und die Bildung der Pocken besonders besprochen, um zu zeigen, dass unter verschiedenen Einflüssen die Bildung jener fibrinähnlichen, aus abgestorbenen kernlosen Gewebsbestandtheilen zusammengesetzten Massen vor sich gehen kann. — Zur Unterstützung seiner theoretischen Anschauungen über die Entstehungsursachen obiger Processe fügt W. einige Notizen hinzu über die Experimente von Kabierske (Arch. für exper. Path. Bd. VI p. 148). Dieselben beziehen sich auf die Bildung der Harncylinder, speciell der Fibrincylinder. Auch die wachsartige Degeneration der Muskeln zieht Verf. in den Bereich seiner Betrachtungen und glaubt auch die »käsigen« Veränderungen der Gewebe, trotz der Bröcklichkeit der gelieferten Producte, als mit den diphtheritischen Massen in Bezug auf den Entstehungsmodus verwandt hinstellen zu können. —

W. acceptirt zum Schluss den von Cohnheim für das Gesammtbild der hier in Frage kommenden Processe gewählten Namen der Coagulationsnekrose und möchte hiernach folgendes Schema der fraglichen Vorgänge vorschlagen:

A. Coagulationsnekrose weisser Blutkörper (resp. des Blutes und der Lymphe):

1) Gewöhnliche Fibringerinnung; 2) Bildung weisser Thromben; 3) fibrinöse Exsudate seröser Häute; 4) Croup; 5) Pseudodiphtheritis.

B. Coagulationsnekrose von Gewebsbestandtheilen:

1) Coagulationsnekrose des Epithels allein (diphtheroide Degeneration bei Pocken, künstlichem Croup, künstlicher »Nephritis« etc). 2) Coagulationsnekrose des oberflächlichen Bindegewebes an Schleimhäuten und Wunden: Diphtheritis. 3) Coagulationsnekrose in der Tiefe der Gewebe (Infarcte, wachsige Degeneration der Muskeln etc.).

v. Lesser (Leipzig).

L. Couty et A. Charpentier. Recherches sur les effets cardio-vasculaires des excitations des sens.

(Arch. de physiol. norm. et path. 1877. p. 525—583.)

An curarisirten Hunden wurde der Geschmacks-, Geruchs-, Gehörs- und Gesichtssinn auf vielfach variirte Weise gereizt (z. B. durch Aloë, Coloquinthen; Töne und Geräusche; diffuses Tageslicht, freundliche und drohende Geberden u. s. w.) und der Einfluss dieser Sinneserregungen auf die Herz- und Gefässthätigkeit mit Hülfe des Kymographen geprüft. — Die Modificationen der Erscheinungen am Herzen und an den Gefässen, welche durch alle die erwähnten Sinnesreize hervorgerufen werden, unterscheiden sich von den durch andere, periphere, sensible Reize erzeugten nur durch ihre grosse Veränderlichkeit, während sie hinsichtlich der Intensität der Erscheinungen den letzteren ziemlich gleichkommen. Die Beeinflussung der Herzthätigkeit durch sensorielle Reize gestaltet sich sehr verschieden; auf dieselbe Reizform kann es bei verschiedenen Thieren, ja sogar bei demselben Thiere bald zu einer Beschleunigung, bald zu einer Verlangsamung der Herzthätigkeit kommen, bald zu einem Ansteigen, bald zu einem Absinken des Blutdrucks. Ein bestimmter Zusammenhang zwischen der Art des Reizes und der nachfolgenden Veränderung der Herzthätigkeit liess sich nicht eruiren.

Die von den Sinnesorganen aus reflectorisch erfolgende Einwirkung auf die Herzthätigkeit geschieht unabhängig von den Schwankungen des Blutdrucks und zwar nur bei Integrität der Nn. vagi. Ferner ist das Zustandekommen der Erscheinungen am Herzen, wie an den Gefässen durchaus an die Integrität des Hirns gebunden, und hierin liegt der Unterschied, der zwischen den circulatorischen Veränderungen infolge von sensoriellen Erregungen und denen besteht‘ welche anderen peripheren Ursprungs sind und welche vom Mittelhirn oder dem Rückenmark ausgehen. Es ist nicht die periphere Sinneserregung als solche, welche auf Herz und Gefässe einwirkt, vielmehr muss zu ihr noch die seelische Thätigkeit des Gehirns, die Umsetzung der sensoriellen Erregung in eine bewusste Empfindung, die Perception hinzutreten; erst dann geschieht durch Bahnen des Mittelhirns hindurch die Einwirkung auf die Centra der Herz- und Gefässthätigkeit in der Medulla oblongata.

J. Munk (Berlin).

E. Knorr, Ueber Entwicklung und Gestaltung des Heeressanitätswesens der europäischen Staaten. (Vom militärisch-geschichtlichen Standpunkte.)

Hannover, **Helwing**'sche Verlagshandlung, 1877. Hft. 2 und 3.

Die vorliegenden beiden Hefte schliessen sich dem bereits in No. 14 des Centralbl. für Chir. 1878 besprochenen ersten Heft an. Es wird darin zunächst die Geschichte des Militär-Medicinalwesens in Preussen vom Beginn dieses Jahrhunderts an bis auf die neueste

Zeit fortgesetzt. Die mannigfachen organisatorischen Veränderungen in diesem Staate, insbesondere innerhalb der letzten Decennien, die Genfer Convention und die freiwillige Krankenpflege, die durch die Verordnung vom 6. Febr. 1873 »über die Organisation des Sanitätscorps« geschaffenen gegenwärtigen Einrichtungen sind eingehend mit Sachkenntniss abgehandelt. — Es folgt sodann die Geschichte der Militärheilpflege in Sachsen, in Bayern und in Württemberg, ferner in Heft 3 die in mancher Beziehung interessante und lehrreiche Entwicklung des Feldsanitätswesens in Frankreich und endlich die der Schweiz. — Die Sprache ist ruhig, klar und fliessend, die Darstellung gemessen und anregend. Wir können die Lectüre des Buches aufrichtig empfehlen. **A. Hiller** (Berlin).

Lichtheim. Ueber periodische Haemoglobinurie.

(Sammlung klin. Vorträge No. 134.)

Verf. schildert den Symptomencomplex der in Deutschland sehr seltenen Erkrankung (3 Fälle sind L. selbst bekannt, 2 andere noch beschrieben), welche in England viel häufiger zu sein scheint. Nach Einwirkung von Kälte auf die zu betreffender Erkrankung geneigten Patienten tritt ein oft mehrstündiger Schüttelfrost auf, während dessen kein Harn gelassen wird; eine Fieberattaque mit Temperaturen von 40° folgt, kribbelnder und stechender Schmerz in den Extremitäten, ziehender Schmerz in Kreuz- und Nierengegend, öfter Quaddeln auf der Haut und dunkelrother Harn werden beobachtet. Binnen 24 Stunden kehrt der Urin allmälig zu seiner normalen Farbe zurück. Bei mikroskopischer Analyse zeigt der Urin keine Blutkörperchen oder andere geformte Bestandtheile, bei chemischer und spectroskopischer aber Hämoglobinlösung und coagulirbares Eiweiss. Bei Wiederholung der Attaquen werden die Patienten anämisch mit schwach icterischer Verfärbung der Cornea. Ueber das Essentielle der Erkrankung ist nichts Näheres bekannt; die Therapie scheint wirkungslos.

v. Mosengeil (Bonn).

P. Güterbock. Ueber die in den Jahren 1872—75 in der Krankenanstalt Bethanien zu Berlin verrichteten grösseren Amputationen.

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII. Hft. 1. p. 80.)

Der Bericht umfasst 119 sogenannte grössere Amputationen († 45). 72 Amputationen wurden wegen Trauma gemacht. Die primären traumatischen Amputationen hatten eine Mortalität von 34 %, die secundären von über $54^1/_2$ %. Diese ungünstigen Ergebnisse der secundär-traumatischen Amputationen müssen um so mehr für das Gesammtresultat ins Gewicht fallen, als die Zahl derselben ($^1/_5$ der Gesammtsumme aller Amputationen) eine relativ hohe ist. Die Todesfälle nach secundären Amputationen bilden mehr als ein Viertel der Gesammtsumme der Todesfälle.

Die pathologischen Amputationen wurden vorwiegend wegen Caries (28) und wegen Neubildungen (13 davon 6 †) gemacht und zwar letztere 9 Mal wegen Sarcom. In 2 Fällen handelte es sich um Epitheliome (des Unterschenkels), einmal um ein Myxochondrom, einmal wurde wegen Elephantiasis cruris amputirt.

Was den Einfluss des Alters auf das Amputationsergebniss anbetrifft, so zeigt sich, dass auch hinsichtlich der Altersverhältnisse besonders ungünstige Bedingungen bei den secundären Amputationen obgewaltet haben.

Es ergiebt sich ferner, dass lediglich die Bedeutung der erlittenen Nebenverletzungen und die Extensität des ursächlichen Trauma's und nicht der durch die Amputation bedingte operative Eingriff für die Höhe der respectiven Mortalitätsziffer massgebend gewesen ist. — Das Nähere über den Einfluss des Alters, der Ursache und der Localität der Amputation auf den tödtlichen Ausgang der Amputationen ist im Original nachzusehen, desgleichen auch die Mortalitäts-Tabelle (p. 107). Nach Ausscheidung der Fälle mit multiplen Verletzungen u. s. w. bleiben noch 98 Fälle (mit 25 †) übrig, so dass für diese allerdings die Sterblichkeit gering ist.

Andere accidentelle Wundkrankheiten als Pyämie und Septikämie kamen als Todesursachen selten vor (2 Mal Nosocomialgangrän, 1 Mal Erysipelas). Delirium tremens trat sehr häufig auf, verschlechterte die Prognose sehr, war aber nur in einem einzigen Falle ausschliessliche Todesursache. — Sowohl durch die Individualität der amputirten Kranken als auch durch besonders ungünstige Hospitalverhältnisse, zeichnet sich das Jahr 1872 aus (17 † an Pyämie und Septikämie).

Aus dem Abschnitte über den Wundverlauf erwähnen wir, dass in 8 Fällen ($6\frac{1}{2}\%$ der Gesammtsumme) Nachblutungen aus stärkeren Gefässen notirt wurden (5 primäre, 3 secundäre Nachblutungen). — Osteomyelitis des Stumpfes kam in 9 Fällen zur Beobachtung, doch war sie in der Mehrzahl der Fälle eine Theilerscheinung einer mehr oder weniger grösseren Reihe von Complicationen.

Von den Nachkrankheiten führen wir das Vorkommen conischer Amputations-Stümpfe in 5 Fällen an. Die operative Behandlung derselben bestand meist in Resection.

Die allgemeine Amputationsmethode war der zweizeitige Cirkelschnitt, als Unterbindungsmaterial diente Catgut, für das Hauptgefäss nicht selten Seide.

Bei der Nachbehandlung wurde eine modificirte offene Wundbehandlung benutzt (der Stumpf genäht, und mit einer feuchten Compresse bedeckt). Im letzten Stadium der Heilung wurden einfache Deckverbände gemacht. — In der zweiten Hälfte des vierjährigen Zeitraums kam auch die Lister'sche Behandlung meist mit Modificationen nach Thiersch und Bardeleben zur Anwendung.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Sandreczky. Versuch einer einfachen Staarextractionsmethode.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 11.)

Verf., Arzt des deutschen Hospitals zu Jerusalem, verfuhr in 3 betreffenden Fällen folgendermassen: Ein schmales Gräfe'sches Messer wurde von ihm zur Schnittführung nach Liebreich benutzt; sobald die Spitze des unten den Lappen bildenden Messers den Rand der durch Atropin möglichst erweiterten Pupille erreichte, drückte der Operateur die Spitze gegen die Linsenkapsel und liess es langsam mit etwas nach vorn gerichteter Schärfe durch dieselbe gleiten; vor dem entgegengesetzten Pupillenrande nahm das Messer die Anfangsstellung ein; durch Ausstich und langsames Ausziehen wurde der Lappen vollendet. Durch schnelles Schliessen des Auges wurde sodann das zu rapide Vorstürzen der Linse verhindert, die dann langsam durch Druck unterhalb und oberhalb der Pupille entbunden wurde.

v. Mosengeil (Bonn).

O. Beumer. Ueber Nierendefecte.

(Virch. Arch. Bd. LXXII. Hft. 3.)

Bei einem 31jährigen, von einem Baum auf den Boden heruntergefallenen Manne fand sich neben einer Verletzung des untersten Theils der Halswirbelsäule mit Zerquetschung der Medulla an dieser Stelle, folgende congenitale Anomalie der Harnorgane: Rechte Niere stark vergrössert, rechte Nebenniere lang ausgezogen, sehr dünn, platt; die linke Niere, der Ureter und die zugehörigen Gefässe fehlen vollständig, linke Nebenniere dagegen vorhanden, an normaler Stelle gelegen und dicker als das linksseitige Organ. Ihre Arterien entspringen direct aus der Aorta, oberhalb der Art. coeliaca. Die Venen, zu einem rabenfederdicken Stamm vereinigt, münden mit Venen des benachbarten Bindegewebes in die Vena cava inf. — Die Schleimhaut der Harnblase normal; der rechte Schenkel des Trigonum vesicae mit der spaltförmigen Oeffnung des rechten Ureter deutlich ausgesprochen, während der linke Schenkel sowie die Einmündung des linken Ureter vollständig fehlen. Beide Samenbläschen vorhanden, das linke jedoch bedeutend geringer entwickelt. Der Inhalt beider Samenbläschen durchaus normal. — Das rechte Vas deferens in seiner oberen zum Samenbläschen gerichteten Hälfte stärker entwickelt als das linke; am Kopf des Nebenhodens sind jedoch beide von gleicher Stärke. An beiden Hoden nichts Abnormes. — Neben vollständigem Mangel der Art. renalis sin. ist auch an der Aorta selbst eine Hemmungsbildung zu erkennen, indem der Bogen sowohl wie der Brust- und der Bauchtheil eine auffallende Enge zeigen. — Nach den bereits vorliegenden Untersuchungen von Rosenstein, von Perls und von v. Gudden war es von Interesse zu entscheiden, ob im vorliegenden Falle die Vergrösserung der rechten Niere auf einer einfachen Hypertrophie der einzelnen Bestandtheile der Rinden- und Marksubstanz oder auf einer Hy-

perplasie der Niere, d. h. einer Vermehrung der Zahl der histologischen Elemente derselben oder auf beiden gleichzeitig beruhe. Dazu kam, dass es sich in obigen Untersuchungen um erworbene Nierendefecte handelte, während ein B.'s Fall angeborner Nierenmangel vorlag. — Die mikroskopischen Messungen wurden an der in Müller'scher Flüssigkeit und dann in Alkohol gehärteten Niere unter Zusatz von Glycerin vorgenommen unter Entnahme von Präparaten aus verschiedenen Zonen der Nierensubstanz. Controlmessungen stellte B. an anderen, als normal befundenen Nieren an. — Ohne hier auf die Einzelnheiten der Methodik eingehen zu können, fügen wir das Ergebniss an »dass eine Vergrösserung weder der Glomeruli, noch der gewundenen, noch der schleifenförmigen, noch der geraden Harncanälchen nachzuweisen war, — dass demnach bei fehlender Hypertrophie die Vergrösserung der Niere wesentlich beruhen muss auf einer vermehrten Anbildung, einer Hyperplasie der sämmtlichen die Niere zusammensetzenden Gewebe.«

In 48 Fällen von Nierendefecten, die B. meist aus der Literatur der letzten 25 Jahre zusammengestellt hat, fehlte die Niere vollständig 44 Mal; in 4 Fällen war dieselbe rudimentär vorhanden; in 2 Fällen war der Defect mit Sicherheit ein angeborener. — Der Nierendefect scheint auf der rechten Seite gleich häufig vorzukommen wie auf der linken. — Dem Geschlecht nach fand sich der Defect bei 26 männlichen und 13 weiblichen Individuen; in 5 Fällen ist das Geschlecht nicht verzeichnet. — Der Gefässapparat, ebenso wie der Ureter fehlten in den meisten Fällen vollständig. Dasselbe gilt von dem Trigonum vesicae oder der Harnleiterfalte in der Blase auf der Seite des Nierendefectes. — Die Nebenniere war in einer grossen Anzahl der Fälle vorhanden, trotz Mangel der entsprechenden Niere. Nur in 5 Fällen soll die Nebenniere gefehlt haben. — Dagegen fanden sich sehr oft Entwicklungshemmungen im Bereich der Geschlechtsorgane auf der betreffenden Seite, und zwar häufiger und bedeutender beim weiblichen Geschlecht, wo namentlich der Uterus betroffen erscheint. Die vorhandene Niere ist 26 Mal vollkommen gesund befunden worden. In allen Fällen war das Organ grösser, schwerer als normal, mit entsprechend stärker ausgebildetem Gefässapparat und Harnleiter. — Erkrankungen der Niere sind von 48 Fällen 22 Mal verzeichnet. Der grösste Theil der 22 Pat. ist auch vorzugsweise der chronisch entzündlichen Nierenaffection erlegen. — Concremente und Steine im Nierenbecken sind in nicht weniger als 10 Fällen angeführt. In 5 Fällen hatte ein Stein die Mündung des Ureter verlegt und den Tod durch Nierenkolik und Harnretention zur Folge gehabt.

v. Lesser (Leipzig).

Schröder. Bericht über 50 »Lister'sche« Ovariotomien, ausgeführt in Berlin vom 25. Mai 1876 bis 24. Febr. 1878.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 11.)

Verf. giebt zunächst eine tabellarische Zusammenstellung der Fälle. Drei derselben endeten tödtlich in Folge allgemeiner Carcinose;

nach Ausscheidung derselben bleiben 47 Operationen mit 7 Todesfällen, also 14,9%; und zwar starben unter den ersten 24 Operirten 6 (25%), unter den letzten 23 nur 1 (4,3%), was vielleicht der fortschreitenden Uebung zuzuschreiben ist, oder wie Verf. meint, der grösseren Sicherheit, die Infection fern zu halten. Verf. giebt kurz an, wie er in jeder Hinsicht infectiöse Stoffe fern hält, wie er operirt und die Nachbehandlung leitet. Die mechanischen Insulte des Peritoneums hält S., falls sie aseptisch erfolgen, für bedeutungslos hinsichtlich des Auftretens von allgemeiner Peritonitis. Verf. versenkt den Stiel, wendet Seidenligaturen an, hat nur einmal Drainage dabei versucht; öffnet den ersten Occlusivverband erst nach 9 Tagen unter Spray und entfernt dann die Suturen. **v. Mosengeil** (Bonn).

W. A. Freund. Eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus.

(Sammlung klin. Vorträge No. 133.)

F. hat bei einer 62jährigen Pat., bei der seit $2^1/_2$ Jahren unregelmässige Blutungen und seit 1 Jahr fötide Abgänge aus dem Uterus beobachtet waren, und die Entfernung der carcinomatös entarteten Schleimhaut durch den scharfen Löffel und das Glüheisen nur ganz vorübergehende Besserung bewirkt hatte, die Entfernung des ganzen erkrankten Organs vorgenommen. Dasselbe lag retroflectirt, war schwer bimanuell aufrichtbar; die Parametrien waren frei von krebsiger Einlagerung.

Vorbereitung: Entleerung von Blase und Mastdarm, Ausspülung des Uterus mit 10% Carbollösung — Bauchschnitt in der Lin. alba, 3 Querfinger unterm Nabel beginnend, bis hart an die Symphyse reichend. Durch ein feuchtes Handtuch wurden die Därme vom Beckenraum entfernt gehalten, die dünnen perimetritischen Pseudomembranen manuell getrennt, der Uteruskörper mittels eines durchgezogenen Fadenbändchens fixirt.

Nunmehr wurden die Lig. lata in je 3 Partien unterbunden: »der obere Faden durchdrang die Substanz der Tube und die des Lig. ovarii, der mittlere die Substanz des Lig. ovarii (im Stichcanal des oberen) und die des Lig. rotund., der untere die Substanz des Lig. rotund. und das seitliche Laquear vag. zweimal, so dass er zuerst vor der Basis des Lig. lat. durch die vordere seitliche Partie des Scheidengewölbes in die Scheide und dann aus dieser durch die hintere seitliche Partie des Scheidengewölbes hinter der Basis des Lig. lat. in den Douglas'schen Raum geführt wurde.«

Darauf wurde auf dem Grund der Uterovesicaltasche das Peritoneum und das vordere Laquear und auf dem Grund der Douglasschen Tasche das hintere Laquear und endlich die Ligg. lata median von den Unterbindungsfäden durchschnitten und der Uterus unter geringem Blutverlust weggenommen. Die langen Fäden der Unterbindungsschlingen wurden durch die entstandene Oeffnung im Ge-

wölbe aus der Scheide geleitet. Durch stärkere Anspannung der oberen Schlingen entstand ein quer zwischen Blase und Mastdarm laufender Spalt, dessen Ränder — gebildet durch unverletzte Partien des vordern und hintern Beckenperitoneum — durch eng aneinander schliessende Knopfnähte vereinigt wurden. Zur Fixirung des während der Operation etwas herabgesunkenen Peritoneum der vorderen Beckenwand wurden noch 2 Matratzennähte gelegt. — Vereinigung der Bauchwunde mit Silberdraht, antiseptischer Wattedruckverband. — Operations-Dauer 2 Stunden. —

Ausser durch ein $1^1/_2$tägiges, auf Eiterbildung in der Bauchwunde beruhendes Fieber war die Heilung in keiner Weise gestört; am 14. Tage liessen sich alle Unterbindungsfäden entfernen, und am 19. Tage war die Frau als hergestellt zu betrachten. Die Oeffnung im Laquear hatte sich zu einem federkielengen, dünnrandigen Loch zusammengezogen.

Nach diesem Erfolg hält F. die beschriebene Operation beim Carcinoma uteri, welches noch nicht auf die Umgebung übergegriffen hat, für bestimmt indicirt.

Löhlein (Berlin)

W. A. Freund. Zu meiner Methode der totalen Uterus-Exstirpation.

(Centralbl. f. Gynäkologie 1878. No. 12.)

Nach seiner ersten Veröffentlichung (s. o.) hatte F. rasch Gelegenheit, die von ihm befolgte Methode an 4 weiteren Kranken zu prüfen, von denen 2 genasen, eine septisch und die andere einer Perforationsperitonitis erlag. Die Einzelheiten der inzwischen etwas modificirten Technik werden genau beschrieben, und die inzwischen erprobten Instrumente empfohlen: gedecktes Messer, eine rechtwinkelig über die Kante und zugleich über das Blatt gebogene Scheere und eine Troikartnadel. (Die letztere erleichtert den 1. Act erheblich, Ref. konnte unterdess selbst erfahren, wie schmerzlich ihr Mangel empfunden wurde.)

Die technischen Einzelheiten lassen sich begreiflicher Weise nicht in Kürze referiren, sie müssen im Original studirt werden. Vor der ersten Operation räth F. Uebungen an der Leiche vorzunehmen; die erste Operation soll man womöglich bei einer magern Frau mit völlig beweglichem Uterus ausführen.

Vom theoretischen Standpunkt aus empfiehlt F., an die Sectio caesar. da wo sie durch Carcinoma uteri indicirt war, die totale Exstirpation anzuschliessen; ferner wirft er die Frage auf, ob nicht die schwierige und gefährliche Amputatio uteri supravaginalis überhaupt durch die Totalexstirpation vortheilhaft ersetzt werden dürfte.

Löhlein (Berlin).

---

v. Buschmann (Wien). Weitere Mittheilungen aus der Privatheilanstalt des Dr. Albin Eder.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 40. 41.)

I. Grosser Harnblasenstein bei einem jungen Mädchen von 14 Jahren, das von Jugend auf an Blasenschmerzen und Störungen bei Entleerung der Blase gelitten hatte. Operation durch Th. Billroth. $1^1/_2$ cm lange Incision in die linke Harnröhrenwand, Lithotripsie und sofortige Extraction der Fragmente. Blasendiphtherie. Nach 3 Monaten ist die Continenz noch nicht ganz hergestellt. Stein hauptsächlich aus Tripelphosphat bestehend, das zum grössten Theil rein auskrystallisirt und dadurch sehr hart war.

II. Grosses Fibrom des Uterus bei einem 30jährigen Mädchen. Starke Kreuzschmerzen und Athembeschwerden. Exstirpation des Uterus und beider Ovarien unter Carbolspray durch Billroth. Tumor 3270 g schwer, durch galvanokaustische Schlinge entfernt. Der Stiel extraperitoneal behandelt. 2 Drainröhren in das Cavum Douglasii gelegt. Nach 8 Wochen Heilung.

v. Mosengeil (Bonn).

Obaliński. Zur Behandlung der Coxitis vermittelst Gewichtsextension.

(Medycyna 1878 No. 11—13, polnisch.)

Bericht über 20 Fälle von Coxitis, von denen die Mehrzahl (16) vermittelst Gewichtsextension, der Rest nur in festen, inamoviblen Verbänden behandelt wurde. Das Resultat der Behandlung war folgendes: in 6 Fällen kehrte die Function des kranken Gelenkes vollständig zurück, in 9 Fällen wurde Heilung mit Ankylose und in 5 Fällen kein Erfolg (1 †) erreicht.

Vollständige Heilung trat in den Fällen ein, die frisch zur Behandlung gelangt waren, wobei es in chronischen Fällen auf absolute Ruhe ankommt, daher gute Resultate auch bei Behandlung in festen Verbänden; die acuten Fälle, die sich durch rasch auftretende Contracturen und besondere Schmerzhaftigkeit auszeichnen, erheischen dagegen nur Gewichtsbehandlung.

In chronisch oder subacut verlaufenden Fällen, die aber entweder vernachlässigt oder anfangs schlecht behandelt waren, mit ausgesprochenen fehlerhaften Stellungen und Contracturen erwies sich die Behandlung in festen Verbänden wenn nicht geradezu schädlich, so doch nicht wirksam. Dagegen vermag die Extension bei ihnen Vieles; doch sollen an dieselbe nicht zu grosse Forderungen gestellt werden, denn Heilung mit ungeschmälerter Function des Gelenkes bildet hier eine seltene Ausnahme, das gewöhnlichste ist Heilung mit Ankylose; die Contracturen und fehlerhaften Stellungen werden meistens gebessert oder aufgehoben.

Contraindicirt ist die Extension in stark eiternden Fällen mit bedeutenden Infiltrationen.

Wichtig ist die Dauer der Behandlung gewesen: wenn in frischen Fällen gewöhnlich mehrere Wochen genügten, so brauchten vernachlässigte Fälle 2—10 Monate. Was das Gewicht anbelangt, so wurden in keinem Falle 6 Pfund überstiegen.

Die Taylor'sche Extensionsmaschine wurde von den Patienten nicht gut vertragen. **Obaliński** (Krakau).

Kleinere Mittheilungen.

C. Reiter. On the treatement of diphtheria by large doses of calomel.

(Phil. med. Times 1878. No. 264.)

R. hat von grossen Dosen Calomel in heftigen Fällen von eigentlicher Diphtheritis die besten Erfolge gesehen. Bei Erwachsenen sind 1,5 Calomel mehrere Male stündlich und dann 0,5 pro dosi stündlich weiter zu geben, bis die Stühle vollständig wässerig und womöglich gallig gefärbt zum Vorschein kommen. Bei kleinen Kindern wird das Mittel zu 0,2—0,6 am besten in etwas Eiswasser gegeben, bis derselbe Effect eintritt. Collaps und Speichelfluss seien nicht zu befürchten. R. habe Kinder von 3—4 Jahren in wenigen Tagen bis zu 15,0 Calomel nehmen lassen. Gleichzeitiger innerlicher Gebrauch von Kali chloric. wird befürwortet. Von 3 Kindern unter 5 Jahren starb 1 am 2. Tage der Behandlung. Die Tracheotomie kam in keinem der beschriebenen 4 Fälle in Anwendung.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Borlée. Chirurgie conservatrice.

(Bull. de l'acad. Royale de méd. de Belgique 1878. April. p. 359.)

Einfache Verbände mit in Kampherspiritus befeuchteten Verbandstoffen (Charpie, Compressen), verbunden mit gründlicher, exacter Drainage, sind nach B.'s Meinung der Methode Lister's vorzuziehen; Erysipel trat fast nie auf, die Eiterung selbst sehr grosser Wunden war gering, das Secret geruchlos, u. s. w.

Acht beigefügte Krankengeschichten, darunter ein Fall von Gelenkkörper im Kniegelenk, durch Excision entfernt mit vollständiger Heilung, 2 schwere complicirte Unterschenkelfracturen, Amputation und Exarticulation der oberen Extremität und Geschwulstexstirpationen illustriren die Verbandmethode.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Thomas Morton. 2 Fälle von Nervendehnung mitgetheilt von William Cox.

(The Americ. Journ. of med. scienc. 1878. Jan.)

Fall I. Neuralgie an Arm und Schulter in Folge einer Verwundung des N. ulnaris. Nervendehnung. Heilung.

Eine Dame hatte sich eine Scheere in die Aussenseite der rechten Handwurzel gestossen, so tief, dass sie die Spitze wieder herausziehen musste. Wunde blutete sehr wenig, schmerzte aber intensiv und der Schmerz strahlte nach Fingern und Schulter aus. In der Folge trat Heilung der Hautwunde ein, aber der Schmerz blieb und steigerte sich beim Nähen und Schreiben bis zum Unerträglichen. Da alle narkotischen Mittel erfolglos waren, wurde 3 Monate nach der Verletzung von Morton der Ulnaris an der Narbe blossgelegt und der Nerv, an dem makroskopisch keinerlei Veränderung wahrzunehmen war, kräftig gedehnt. Mit Ausnahme eines kleinen Abscesses heilte die Operationswunde ohne Zwischenfälle. Pat. empfand in den ersten Wochen noch ein Taubsein und Prickeln in den Fingern. Dies verlor sich nach Monatsfrist; die Kranke konnte nähen und schreiben und verspürte nur eine früher eintretende Ermüdung. Die motorische Leitung war nirgends gestört.

Fall II. Neuralgie des linken Unterschenkels und Fusses. Dehnung des N. ischiadicus.

Ein 52jähriger Mann fiel im August 1866 25 Fuss hoch von einem Gerüst auf die Hinterbacken. Nach einem 6wöchentlichen Krankenlager blieb eine Lähmung beider Beine zurück. Am rechten trat Besserung ein, am linken bestand noch nach 5 Monaten die Paralyse in Motilität und Sensibilität. Pat. konnte von da ab an Krücken gehen. Einen Monat später kehrte auch am linken Beine die Empfindung wieder, doch entstand, nachdem der Kranke noch einen heftigen, alle grossen Gelenke befallenden Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte, ein Schmerz an der linken Fusssohle, an der übrigens weder Hitze, noch Schwellung, noch Druckschmerz nachzuweisen war. Diese Neuralgie nahm zu und konnte durch Morphium in grossen Dosen nur zeitweise gehoben werden. Dr. Casselberry excidirte eine Anzahl Plantarnerven und erreichte eine 7jährige Ruhe. 1874 begann der Schmerz wiederum in der grossen Zehe und verbreitete sich mit der Zeit auf Fuss und Unterschenkel. Durch den Missbrauch von Morphium und die andauerden Schmerzen war die Constitution des Pat. zerrüttet. Dr. Morton schlug an Stelle einer neuen Nervenresection die Dehnung des Ischiadicus vor und führte sie in der Mitte des Oberschenkels aus. Die Wunde heilte ohne Eiterung. 5 Tage nach der Operation Krämpfe der Muskeln am Ober- und Unterschenkel; sie verschwanden am 12. Tage. Der Schmerz trat in der gleichen Weise wieder ein und wieder wurden grosse Dosen Morphium nöthig. Einige Wochen später excidirten Dr. Casselberry und Dr. Longshore 2 Zoll von dem »external popliteal« und erzielten vollständige Heilung. **H. Lossen** (Heidelberg).

Gérard. Plaies pénétrantes des articulation. Guérison. (Aus dem Spital zu Ostende.)

(Arch. méd. Belges 1878. April. p. 259.)

1. Penetrirende Wunde des 4. und 5. Metacarpophalangealgelenks bei einem Unterofficier. Verband mit Charpie, welche in ein Gemisch von Chlorkalk und Kampherspiritus getaucht war; einfacher Deckverband. Es trat für einige Tage starke entzündliche Schwellung der Wundränder und der Hand bis über das Handgelenk hinauf ein; sodann erfolgte ziemlich rasche Heilung (in einigen Wochen) mit Beweglichkeit des 5. und Ankylose des 4. Gelenks.

2. Säbelhieb mit Eröffnung des rechten Handgelenks an der Innenseite. Die äussere Wunde umkreiste von der Dorsal- nach der Volarfläche zu die Hälfte des Gelenks. Mehrere Sehnen durchtrennt; Blutung gering. Naht. Eisumschläge 5 Tage lang, dann Verband mit Kampherspiritus und Carbolcompressen. Vollständige Heilung der Wunde in 6 Wochen mit Erhaltung der allerdings beschränkten Beweglichkeit des Gelenks. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Bryant. Cases of abdominal disease. — Guy's Hospital.

(Medical tm s and gazette. 1878. März 16.)

1. Fall: 54jähriger Arbeiter; vor 8 Jahren zum ersten Mal Blutverlust per Rectum, der sich öfter wiederholte und mit Ausfluss verbunden war; vor zwei Jahren zum ersten Male Schmerzen im Mastdarm, die besonders seit den letzten drei Monaten sehr stark sind; niemals beträchtlichere Constipation. Bei der Untersuchung des Mastdarms ergab sich dessen Innenfläche ulcerirt, zwei Zoll über dem Anus fand sich eine harte, knotige, das Kaliber des Mastdarms verengernde, in seinen Wänden befindliche Neubildung. Colotomie: Hautschnitt von 4 Zoll Länge, 1½ Zoll nach links vom Rückgrat schräg über den Rand des Quadratus lumborum nach der spina superior anterior ilei hin. Darm leicht gefunden, durch Seidensuturen an die Haut befestigt, durch Querschnitt eröffnet; wenig Koth ergoss sich aus dem Darm. Pat. hatte nach der Operation grosse Schmerzen in der Wunde und im Unterleib, der etwas anschwoll, erholte sich aber bald sehr und der Kothausfluss aus dem künstlichen After stellte sich vollkommen her; am 12. Tage nach der Operation plötzlich heftige Leibschmerzen, Collaps und Tod. — Die Obduction ergab einen grossen Riss am vorderen Rande der Milz und einen starken Bluterguss in den Peritonealsack; keine Peritonitis. Operationswunde

völlig geheilt; im Mastdarm fungöse Vegetationen der Schleimhaut, die zu Ulceration und Abscessbildung um denselben geführt hatten.

2. Fall: 37jährige, schwächliche Wittwe, gesund bis vor sechs Monaten, wo sie Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes bekam, die sich allmälig über die Lenden ausbreiteten. Stuhlbeschwerden seit 10 Wochen, abwechselnd Verstopfung und Diarrhoe. Die Untersuchung des Mastdarms ergab ein das Lumen desselben äusserst stenosirendes Carcinom. Colotomie in der Regio lumbalis sinistra mit querem Schnitt. Wohlbefinden und gute Heilung der Wunde bis zum 10. Tage; da begann eine sehr heftige Bronchitis, der die Pat. am 24. Tage nach der Operation erlag. — Die Section ergab vollkommene Heilung der Operationswunde; zwei carcinomatöse Stricturen im Mastdarm, eine unmittelbar über dem Anus, eine mehrere Zoll weiter oben. Metastasen in beiden Nieren. Ausgebreitete eiterige Bronchitis, grosse Caverne in der linken Lungenspitze. **H. Wildt** (Berlin).

Reeves. Cases of colotomy. — Hospital for woman, Soho-Square.
(Medical times and gazette 1878. März 2.)

1. Fall: 58jährige, bis vor anderthalb Jahren ganz gesunde Wittwe; dann aber stellte sich Blutabgang aus dem Mastdarm ein; seit einigen Monaten Stuhl diarrhoisch, fortwährender Tenesmus, Defaecation sehr schmerzhaft, Ernährungszustand verschlechtert. $2^1/_2$ Zoll über dem After fand sich eine ringförmige, krebsige Strictur, die nur die Spitze des Zeigefingers zuliess. Als die Constipation nicht mehr zu heben war: Colotomie in der Regio lumbalis sinistra; der Darm wurde leicht aufgefunden und durch einen kleinen Einschnitt eröffnet. Wunde heilte per primam. Pat. fühlte sich nach der Operation sehr erleichtert, Stuhl ging zum Theil durch die Wunde, zum Theil per rectum ab. Am achten Tage plötzlich Leibschmerzen, Collaps und Tod. — Die Section ergab als Todesursache eine Perforation an der Vereinigungsstelle der Flexura sigmoidea mit dem Rectum, oberhalb des Carcinoms, von der Grösse eines Schilling, Koth in der Bauchhöhle. Der künstliche After befand sich in dem extraperitonealen Theil des Colon descendens.

2. Fall: 47jährige, nicht sehr kräftige, aber immer gesunde Frau. Vor etwa einem Jahr begannen Diarrhoen, die immer zunahmen, verbunden mit Tenesmus; manchmal feste Kothballen, aber klein und dünn, Eiter- und Blutabgang in mässiger Menge, Beschwerden beim Uriniren. Pat. ziemlich anämisch; 1 Zoll über dem After fanden sich zwei krebsige Stricturen mit starker Verdickung der Mastdarmwände, Schleimhaut in ihrem Bereich zum Theil ulcerirt. Als Pat. immer mehr herunter kam und die abgehenden festen Kothmassen zur Grösse einer Erbse herabsanken: Colotomie in der Regio lumbalis sinistra. Darm leicht eröffnet, kleiner Einschnitt, Seidensuturen. Wunde heilte per primam, am 7. Tage ging aller Stuhl durch dieselbe ab. Der frühere starke Schmerz im Mastdarm verlor sich. Im weiteren Verlaufe bildeten sich mehrere Abscesse in der Umgebung des Anus, eine Zeit lang Kothabgang durch die aus letzteren entstehenden Fisteln, der sich aber bald verlor. 2 Monate nach der Operation entlassen mit gebessertem Allgemeinbefinden, Stuhlgang gänzlich durch den künstlichen After.

3. Fall: 35jährige, seit 7 Jahren verheirathete Frau; Abortus 3 Monate nach der Verheirathung; $^3/_4$ Jahr später Abscess an der rechten Seite des Mastdarms, der eine Fistel hinterliess, die nicht zuheilte; syphilitische Symptome waren nicht nachweisbar. Die Defaecation wurde behindert, die Faeces plattgedrückt; eine Bougiebehandlung war gefolgt von einer bedeutenden Entzündung im Becken. Vor 3 Jahren Abscess an der linken Seite des Mastdarms, der ebenfalls eine Fistel hinterliess, etwas später gingen Faeces durch die Vagina ab. Jetzt schmerzhafte und schwierige Defaecation, Kothabgang durch Fisteln, After und Vagina, selten Blut. Es fand sich 2 Zoll über dem Anus eine enge, sehr weit hinaufreichende Strictur, eine kleine Rectovaginalfistel, je eine in den Mastdarm führende Fistel zu beiden Seiten des Anus, deren äussere Oeffnungen mit condylomatösen Wucherungen besetzt sind. Ernährungszustand gut. 6 wöchentliche Behandlung mit Quecksilber, Jodkali und Bougiren der Strictur brachten nur ganz temporäre Bes-

serung; letzteres verursachte grosse Schmerzen. Daher Colotomie in der Regio lumbalis sinistra, sehr schwierig, da der Darm sehr tief unter dem starken Polster von Fett und Muskulatur lag; starke Blutung, zufällige Verwundung der sehr tief liegenden linken Niere. Fieber bis zum 10. Tage, zuerst auch starke Leibschmerzen; Eiterung der Wunde, Kothabfluss aus derselben bald frei. Pat. steht am 16. Tage nach der Operation auf; etwas Neigung des Darms aus der Wunde vorzufallen. Pat. 6 Wochen nach der Colotomie mit Bandage entlassen, ohne Schmerzen, sehr erholt. **H. Wildt** (Berlin).

Kocher (Bern). Excision des brandigen Darmes bei eingeklemmtem Schenkelbruch und Heilung durch Darmnaht.

(Correspondenzbl. für schweiz. Aerzte 1878. No. 5.)

Während das bisherige Verfahren bei Darmgangraen incarcerirter Hernien: Fixation in der Wunde und Etablirung eines künstlichen Afters, eine infectiöse oder Perforationsperitonitis oder den Tod durch Inanition häufig zur Folge hatte, mahnt die antiseptische Methode zur Wiederaufnahme der früher (Dieffenbach, Cooper) nicht ermuthigend ausgefallenen Ausschaltung des brandigen Darmstücks. K. giebt folgenden Beitrag: Bei einer 45jährigen Frau klemmt sich eine seit 3 Wochen angeblich bestehende reponible linksseitige Schenkelhernie am 23. Nov. ein. Am 25. Nov. Herniotomie; blauschwarze Darmschlinge, kein Netz, Fäulnissgeruch; sehr enge elastische Einklemmung, mühsames Débridement multiple, scharf markirte Schnürfurchen. Der Darm bleibt vor der Bruchpforte liegen. Den nächsten Morgen kein Fieber, subjectives Wohlbefinden, evidente Gangraen. Der Darm wird vorgezogen, soweit es die starke Spannung des Mesenterium zulässt, um den zu- und abführenden Schenkel und das Mesenterium zu comprimiren. Nun werden in der Circumferenz der gesunden Darmabschnitte 5 feine Catgutnähte nach Lembert angelegt, ein 12 cm langes Darmstück quer, das Mesenterium keilförmig excidirt und beide Darmquerschnitte genau durch Knopfnähte vereinigt (die Darmwand wird nicht in ganzer Dicke durchstochen). Mühsame Reposition des Darms. Nährklystiere, Opium. Nachts Flatus per anum. Nächsten Morgen 38,4, am 29. Nov. Normaltemperatur. Am 4. Tage Entferung des Drains. Am 8. Tage plötzlich ohne Peritonitis Darmperforation; dunkle gallige Flüssigkeit tritt bis 8. Dec. aus. Heilung am 24. Dec. Wahrscheinlich war eine Naht bei der schwierigen Reposition etwas eingerissen. (In diesem Falle, so wie in denen von Czerny und Polano [Centralbl. für Chir. 1877. p. 434 u. 546] liegt zwischen Excision und Herniotomie ein mehr oder wenig längerer Zeitraum. Bei bedeutenderen Excisionen wird man doch wohl das alte Verfahren des Draussenlassens einstweilen behalten und die Begrenzung der Gangraen abwarten, zumal Asepsis in solchen Fällen unmöglich ist.) **Pauly** (Posen).

Annandale. Congenital malposition of the testicle in the perineum.

(Edinb. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 657. — Med. chirurg. Soc.)

Nur 1—2 Fälle sind bekannt geworden, in denen man einen ausserhalb des Scrotums gelagerten Hoden operativ in dasselbe hineinzulagern versucht hat, leider ohne den gewünschten Erfolg. Verf. erreichte denselben, wie er meint, hauptsächlich durch die Hülfe der Lister'schen antiseptischen Wundbehandlung. Er incidirte über dem verlagerten Testikel, zog ihn sammt der Tunica vagin. heraus; hierbei fand sich das Gubernaculum testis am tuber ischii fixirt, nicht an dem oberen Ende des Hodens befestigt; dann eröffnete er das Scrotum, lagerte den Hoden hinein und schloss die letztere Oeffnung sowie diejenige im Perineum durch Catgut. Volle Heilung. **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 31. **Sonnabend, den 3. August.** **1878.**

v. Buhl. Mittheilungen aus dem pathologischen Institute zu München.

Stuttgart, F. Enke, 1878.

Das inhaltreiche Buch enthält 13 Aufsätze und zwar: I. über Gewicht und Volumen des Menschen von E. Hermann; II. Messungen der Herzventrikel und der grossen Gefässe von v. Buhl; III. über Bright's Granularschwund der Nieren und die damit zusammenhängende Herzhypertrophie von v. Buhl; IV. Studien über Diphtherie und Croup von E. Schweninger; V. Bacterien und Tuberkulose von v. Buhl; VI. croupöse und käsige Pneumonie von v. Buhl; VII. experimentelle Beiträge zur Lehre von der Tuberkulose und Scrofulose von Bollinger; VIII. der Typhus in München während der Jahre 1864—1876 nach den Aufzeichnungen im pathologischen Institute von E. Hermann und E. Schweninger; IX. die Schwankungen des Fettgehalts des Gehirns im Typhus

abdominalis von v. Buhl; X. über die Resorption der gallensauren Salze im Dünndarm von H. Tappeiner; XI. Jahresbericht des pathologischen Institutes vom Jahre 1875—1876 von E. Hermann und E. Schweninger; XII. seltne Einzelfälle (Krebs, Hyperostose der Kopfknochen, Transposition sämmtlicher Eingeweide) von v. Buhl; XIII. Untersuchungen eines Gehirns bei Leukämie von Herzog Carl, Dr. med. — Chirurgisches Interesse haben besonders folgende Arbeiten, doch will Ref. nicht unterlassen, auf die eingehende interessante Arbeit v. Buhl's »Ueber Bright's Granularschwund der Nieren und Herzhypertrophie« hinzuweisen, auf welche gebührend einzugehen hier leider der Raum fehlt.

I. E. Schweninger. Studien über Diphtherie und Croup.

Verf. giebt zunächst unter sorgfältigen Literaturangaben ein Bild von den verschiedenen zahlreichen Auffassungen der bei Diphtherie und Croup auftretenden localen Veränderungen. Sch. schliesst sich in anatomischer und klinischer Auffassung von Diphtherie und Croup im Wesentlichen den Ansichten von v. Buhl an (cfr. v. Buhl, das Faserstoffexsudat. Sitzungsbericht der königl. bayr. Akademie der Wissenschaften 1863 p. 85. Einiges über Diphtherie, Zeitschrift für Biologie 1867 p. 341 u. s. w.) Verf. schildert die Diphtherie des Rachens und der Luftwege und ihr Verhältniss zum Croup ihrem Wesen nach etwa folgendermassen: Die localen anatomischen Befunde im Rachen und in den Luftwegen bei der Diphtherie bieten mikroskopisch und makroskopisch mancherlei Verschiedenheiten dar. In den leichtesten Fällen bestehen die dünnen Häutchen bei der Diphtherie nur aus Epithelien und Micrococcen, sie finden sich immer im Rachen, seltener im Larynxeingang, ausnahmsweise auch im unteren Larynx und in der Trachea. Unter den Epithelien findet man nicht selten eine Anhäufung von kleinen runden, verschieden tiefgreifenden Zellen, die in eine feinkörnige amorphe Masse (geronnenes Eiweiss) eingeschlossen sind. Solche Fälle neigen am ersten zur Heilung. Schreitet der Process aber weiter fort, dann treten jene gelbweissen, verschieden dicken Schichten auf, die wohl am häufigsten während des Lebens und an Leichen angetroffen werden und um die sich der Streit, ob Diphtherie- oder Croupmembran, ob identisch mit den häutigen Ausscheidungen in der Trachea oder nicht, eigentlich dreht. Bei aller Mannigfaltigkeit der einzelnen Formen ist aber bei der Diphtherie ausser den oben erwähnten Veränderungen der Epithelien die Veränderung der Schleimhaut selbst im Gegensatz zum Croup mehr oder weniger constant, d. h. Infiltration mit Rundzellen, häufig mit Faserstoff neben capillären Blutungen. Am ausgebreitetsten ist der Process bei der gangränösen Form, die oft septisch tödtet und tiefe missfarbige Geschwüre setzt Die erwähnten localen Veränderungen bei der Diphtherie finden sich entweder im Rachen allein, häufiger jedoch finden sich gleichzeitig mit ihnen auch Veränderungen vom Kehldekel abwärts (Trachea, Bron-

chien, selbst bis in die Lungen). Endlich giebt es ganz unzweifelhafte sehr seltne Fälle, bei welchen im Rachen, abgesehen von verschieden hochgradiger Zelleninfiltration und stellenweise kleinen Blutungen, eine specifische Affection zu fehlen scheint und die Krankheit sich erst im Kehlkopf und in der Trachea ausgebildet hat. — Die bei Rachendiphtherie oft bestehende Affection des Kehlkopfes, welche gleichzeitig oder häufiger etwas später als erstere auftritt, manifestirt sich entweder als secundärer Croup, d. h. als pseudomembranöse Ausschwitzung über das mehr oder minder intacte Epithel, das Gewebe unter den Epithelzellen ist verschieden tief zellig (weisse Blutkörperchen) infiltrirt. Die Croupmembranen resp. »Faserstoffeitermembranen« bestehen aus Faserstoff und lymphoiden Zellen, sie sind als Exsudat aus den Blut- und Lymphgefässen der Schleimhaut aufzufassen. Oder aber die Kehlkopf- und Trachealaffection ist ähnlich, wie im Pharynx, das Epithel und die unterliegende Schleimhaut sind hochgradiger verändert oder zerstört und zwar ohne oder seltner mit membranösen Auflagerungen (Uebergänge von Croup zu Diphtherie).

Die Fälle mit rein fibrinösem Exsudat auf der mehr oder minder intacten Schleimhautfläche des Larynx und der Trachea ohne gleichzeitige Affection im Rachen haben mit der Diphtherie nichts zu thun und zwingen zu der Annahme eines von der Diphtherie unabhängigen Croup. Diphtherie ist nach Schw. die genuine epidemisch auftretende bösartige Rachenbräune, d. h. eine ganz specifische Infectionskrankheit, Croup eine nie epidemisch auftretende, mit rascher Bildung einer Membran einhergehende Local-Entzündung des Kehlkopfes und der Luftwege ohne Allgemeininfection. Kommt bei Diphtherie, wie es ja oft geschieht, Croup vor, so hat dieser nur die Bedeutung einer localen Folgeerscheinung. Hierfür sprechen auch die experimentellen Untersuchungen, nach welchen sich die Faserstoffeitermembranen, wie sie bei Croup vorkommen, durch physikalische und chemische Einflüsse erzeugen lassen, Diphtherie dagegen nicht. —

Aber die bei der Diphtherie des Rachens gefundenen anatomischen Veränderungen kommen ihr nicht allein als specifische zu, vielmehr giebt es eine Reihe von Krankheiten, bei welchen sich ähnliche anatomische Veränderungen finden, so im Darm bei Dysenterie, überhaupt bei allen acuten Verschorfungsprocessen auf Schleimhäuten und speciell auch im Rachen bei Scharlach, Pyämie, Typhus etc.; letztere pathologisch-anatomischen Befunde in ihrem Wesen als diphtherisch oder diphtheritisch zu bezeichnen, dafür fehlt nach Schw. jede Berechtigung. Aus der Analogie mit anderen Infectionskrankheiten haben wir anzunehmen, dass die Diphtherie, d. h. die bösartige Rachenbräune, als selbständige Infectionskrankheit durch eine specifische Ursache hervorgerufen wird, denn es zeigt sich, dass die Krankheit zu gewissen Zeiten oder an gewissen Orten auftritt und

sich verbreitet und dann alle Fälle mit Rücksicht auf Symptome, Verlauf und pathologischen Befund sich äusserst ähnlich verhalten.

Ob nun die bei der Diphtherie gefundenen Micrococcen die Ursache der Krankheit darstellen, hält Verf. vorläufig keineswegs für erwiesen. Schw. stützt seine Ansicht hierüber auf folgende Thatsachen.

1) Die Micrococcen liegen bei der Diphtherie in den meisten Fällen nur im Epithelstratum des Rachens und werden selbst bei sehr vielen Leichen nirgends anders gefunden.

2) Nur bei älteren Leichen oder wenn ein rascher Zerfall und Fäulniss der abgestossenen Gewebspartien auftritt, finden sie sich auch in diesen und können von da aus Hand in Hand mit der meist gleichzeitig auftretenden septischen oder pyaemischen Infection in den nächstgelegenen Gefässen und Lymphdrüsen, sowie im übrigen Körper, namentlich in den Nieren, getroffen werden. Diese Erkrankung ist aber nur eine mögliche Folgeerscheinung der Diphtherie und hat mit ihr als solcher nichts zu thun. —

3) Die aus dem Rachen oder aus der Trachea auf andere Thiere übertragenen oder geimpften Massen erzeugen nie den gesammten Complex von Erscheinungen, wie sie der Diphtherie eigen sind, speciell niemals die anatomischen Veränderungen im Rachen und in den Luftwegen, die bei ihr primär und regelmässig beobachtet werden.

4) Die bei der Diphtherie gefundenen Micrococcen unterscheiden sich weder morphologisch noch chemisch von den normal im Rachen getroffenen, ebenso wenig von den in Verschorfungen oder bei der Fäulniss vorhandenen Gebilden.

5) Impfversuche mit den letzteren liefern dieselben, aber ebenfalls nicht specifischen Processe, wie die mit Diphtheriematerial angestellten.

6) Dieselben Resultate, welche durch Impfungen mit Pilzmaterial erzeugt werden, können unter Umständen auch bei Anwendung von möglichst pilzfreiem Material erzielt werden.

II. v. Buhl. Bacterien und Tuberkulose.

v. Buhl weist die ihm untergeschobene Angabe zurück, als betrachte er die Bacterien als das specifische Virus, als die Materia peccans der tuberkulösen Infection. Die Ansicht v. Buhl's geht vielmehr dahin, dass die Bacterien, welche übrigens schon v. Recklinghausen in der käsigen Masse nachgewiesen hat, von Einfluss auf die in den abgestorbenen käsigen Massen vorgehenden Zersetzungsprocesse sein müssten, so dass, wenn durch die Anwesenheit käsiger Massen im Körper Tuberkel hervorgerufen würden, man nicht umhin könne, die Mithülfe der Bacterien zur Erzeugung des Infectionsstoffes in Anspruch zu nehmen, d. h. dass die Bacterien selbst nicht das Specifische seien, sondern dass das Specifische in der käsigen Masse liege.

Die Bacterien sind für v. B. das lebendige Agens, welches an Ort und Stelle, ähnlich wie das Insect den Blüthenstaub, das specifische Virus zu übertragen im Stande ist. Zu der Infectionstheorie der Tuberkulose bedarf v. B. der Bacterien gar nicht, sondern nur des käsigen oder eines auch nicht corpusculären, in Lösung vorhandenen, bestimmten Stoffes. Auch die neusten Untersuchungen von Wolff, nach welchen subcutan injicirte bacterienhaltige Flüssigkeit käsige Entzündung und darnach Tuberkelbildung oder chron. Entzündung innerer Organe hervorzubringen im Stande ist, bestätigen v. B.'s Ansicht. — In älteren Tuberkeln hat v. B. in Riesenzellen ein paar Mal unzweifelhafte Coccen wahrgenommen.

III. Bollinger: Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Tuberkulose und Scrophulose.

B. wendet sich gegen die Angabe Friedländer's bezüglich der Impfbarkeit der menschlichen Tuberkulose, indem er eine gedrängte Uebersicht seiner theilweise schon früher publicirten experimentellen Erfahrungen giebt. Einer Ziege wurden ca. 20 g käsige Massen mit Wasser verdünnt aus einer tuberkulösen Rindslunge in die Bauchhöhle injicirt, das Impfthier starb nach 6 Wochen. Die Section zeigte »eine klassische Miliartuberkulose« des ganzen Bauchfells. Auf Grund derartiger Resultate ist die Frage nach der Natur der Impftuberkulose für gelöst zu betrachten, die Impfbarkeit der Tuberkulose ist eine unangreifbare Stütze der v. Buhl'schen Theorie bezüglich des Wesens der Tuberkulose.

Bezüglich des Verhältnisses der Scrophulose zur Tuberkulose ergab ein ähnlicher Versuch bei einem jungen gesunden Ziegenbock mit scrophulösen Drüsentheilen vom Menschen ebenfalls nach mehreren Wochen exquisite Miliartuberkulose des Peritoneums (Stückchen der exstirpirten scrophulösen Drüsen wurden zerquetscht, mit $^1/_2$ % Kochsalzlösung verrieben und dann etwa 60 g davon in den Peritonealsack injicirt). Eine nunmehr vorgenommene genauere Untersuchung des betreffenden Patienten, welchem das Infectionsmaterial entlehnt war und dem von Prof. Rose die scrophulösen Drüsen aus der Achselhöhle exstirpirt waren, ergab ausgesprochene Dämpfung der rechten Lungenspitze mit Rasseln. — Das Resultat dieser Impfung weist darauf hin, dass gewisse klinisch als Scrophulose in die Erscheinung tretenden Krankheitsprocesse nichts anders darstellen als beginnende Tuberkulose, ferner dass gewisse unter dem Bilde der Scrophulose auftretende Initialformen der Tuberkulose einer Differentialdiagnose auf experimentellem Wege zugänglich sind.

Andere Versuche bewiesen, das bestimmte Formen der Fütterungstuberkulose pathologisch-anatomisch eine grosse Uebereinstimmung mit der menschlichen Scrophulose zeigen, namentlich was die Hyperplasie und käsige Entartung der Gekrös- und Halslymphdrüsen betrifft. In manchen Fällen von Fütterungstuberkulose bildet die Af-

fection der Lymphdrüsen die am meisten in die Augen springende Veränderung u. s. w. Die Versuche B's. (cfr. Original) bestätigen jedenfalls, dass wir 2 Formen der Scrophulose zu unterscheiden haben, eine einfache gutartige, die ohne ein constitutionelles Moment hauptsächlich im Gefolge von Schleimhautentzündungen auftritt, und zweitens eine specifische tuberkulöse Form der Scrophulose, die man als initiale Tuberkulose auffassen kann.

IV. v. Buhl. Seltene Einzelfälle.

A. Zwei Fälle von Krebs.

v. B. beschreibt einen Fall von Krebs des Darmes und einen anderen des Uterus, welche wegen ihrer seltenen Ausgangspunkte von ganz hervorragendem Interesse sind. In dem ersteren Falle (cfr. Original) handelte es sich um die Entwickelung zahlreicher polypöser Adenome der Lieberkühn'schen Drüsen des Dünndarms, wovon eines einen krebsigen Charakter einging und secundäre Vergrösserung einer Retroperitonealdrüse und secundäre Krebswucherung am Halse, also in einem weit abgelegenen Körpergebiet, verursachte.

Von nicht geringerem Interesse ist der zweite Fall. Derselbe betraf ein intrauterines polypöses Fibromyom mit krebsiger Durchwachsung desselben, ausgehend von einem degenerirenden Adenom des Schleimhautüberzuges des Fibroms, mit blutender Perforation in die Bauchhöhle, geschwürigem Aufbruch der Polypenspitze und secundärer, durch Transplantation erzeugter Krebsbildung in den Lungen.

B. Ein Riese mit Hyperostose der Gesichts- und Schädelknochen.

C. Transposition sämmtlicher Eingeweide, Stenose des Conus arteriosus pulmonalis, Defect des Septum ventriculorum, Verlauf der Aorta links an der Wirbelsäule.

Bezüglich der genaueren Beschreibung beider interessanter Fälle muss auf das Original verwiesen werden. Nur bezüglich des ersteren Falles will ich hervorheben, dass Pat. sich bis zum 9. Jahre völlig normal entwickelte. Um diese Zeit erlitt er einen Hufschlag an die linke Wange, worauf er ungewöhnlich zu wachsen anfing. 12 Jahre alt maass er schon 6 Fuss. Die Gesichts- und Schädelknochen verdickten sich in der Folgezeit bis zum Monströsen, nicht blos auf der Seite, wo der Hufschlag sich ereignete. Der Tod erfolgte im Alter von 25 Jahren plötzlich unter Athembeschwerden und convulsivischen Zuckungen. Die Section ergab als Todtesursache Einengung des Schädelraumes. Die Körperlänge betrug 2,27 m, bei richtiger Streckung des Truncus (Kyphoscoliose) 2,35 m, ein Riesenwuchs, wie er wohl wenig beobachtet sein dürfte. Die Leiche wog $2\frac{1}{2}$ Mal das Normalgewicht.

Die Grösse der Lungen, des Herzens, der Leber, Milz und der Nieren entsprach ungefähr der Grösse des Körpers. In Folge eines im 14. Lebensjahre, also vor etwa 11 Jahren acquirirten Bruches des linken Schenkelhalses bildet letzterer mit dem Schaft einen rechten Winkel, wodurch gegen rechts eine Verkürzung von 6 cm entsteht (vom höchsten Punkt des Schenkelkopfes bis zwischen die beiden Condylen gemessen), während die Länge vom Trochanter major bis zwischen die beiden Condylen beiderseits gleich ist. Die Folge dieser veränderten Form des Schenkelhalses ist eine stärker schief nach einwärts verlaufende Richtung des linken Femur und eine Verkürzung der linken Unterextremität mit Schiefstellung des Beckens und Kyphoscoliose der Wirbelsäule. — Das Gehirn war in Folge der Schädelhyperostose mehr als noch einmal zu klein; die Verkleinerung des Schädelinnenraumes war besonders auf der linken Seite bedeutend. — Bezüglich der sonstigen interessanten Details muss auf das Original verwiesen werden.

H. Tillmanns (Leipzig).

E. Sonnenburg. Die Ursachen des rasch eintretenden Todes nach ausgedehnten Verbrennungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. IX. Hft. 1 u. 2.)

Tritt bei ausgedehnten Verbrennungen sehr rasch der Tod ein, so kann die Ursache desselben eine Ueberhitzung des Blutes mit consecutiver Herzlähmung sein. — Tritt der Tod nicht sofort ein, so beobachtete S. bei seinen zahlreichen, mit Sorgfalt ausgeführten Thierexperimenten regelmässig ein Sinken des Blutdruckes. — Der Blutdruck blieb dagegen nach der Verbrennung unverändert, wenn dem Experimentalthiere vorher das Rückenmark durchtrennt, und so die Nervenleitung unterbrochen wurde. — Solche Thiere ertrugen die Verbrennung meist ganz gut.

S. schliesst daraus, dass bei der Verbrennung ein abnormer Reiz auf das Nervensystem ausgeübt werde, wodurch auf reflectorischem Wege eine allgemeine Herabsetzung des Tonus der Gefässe zu Stande kommt; diese letztere muss als eigentliche Todesursache angesehen werden.

Wölfler (Wien).

E. Sonnenburg. Zur Diagnose und Therapie der Carbolintoxicationen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. IX. Hft. 3 u. 4.)

Um zu erfahren, ob ein Harn stark carbolhaltig sei, versetzt S. denselben mit Chlorbaryum. Entsteht nicht der gewöhnliche Niederschlag, sondern blos eine leichte oder gar keine Trübung, so ist dies ein Beweis, dass dem Harn die normale Schwefelsäure fehlt, und dass derselbe reich an Carbolsäure sei; es wurde nämlich vom Phenol die gesammte Schwefelsäure zur Umwandlung in die unschädliche Verbindung »Phenyl-Schwefelsäure« in Anspruch genommen.

Darauf gründet sich auch die von S. angegebene Therapie. — Man führe dem Organismus viel Schwefelsäure in Form des schwefelsauren Natrons 5,0 : 100 — 200 zu. — Dann ist es möglich, die Carbolbehandlung fortzusetzen, da der Carbolharn nebst den übrigen Intoxications-Erscheinungen verschwindet.

Wenn jedoch die Vergiftungs-Symptome gleich von vornherein heftig sind, so können dieselben durch das schwefelsaure Natron allein nicht beseitigt werden. **Wölfler** (Wien).

G. Gaskoin. Indigenous leprosy.

(Med. times and gaz. 1878. Jan. 26.)

Die eigentliche Lepra ist seit dem Ende des vorigen Jahrhunderts aus Grossbritannien so gut wie verschwunden und nur ab und zu wird ein Fall von den schottischen Inseln oder dem benachbarten Festland berichtet. Verf. theilt mehrere hierher gehörige Fälle mit:

1) Landmann in mittlerem Lebensalter, dessen Hauptnahrung in Speck bestanden; viel Noth gelitten. Gesicht sehr entstellt, roth, knotig angeschwollen; unförmliche Anschwellung der Oberlippe, wo die Krankheit vor 5 Jahren begonnen hatte. Mehrere harte Knoten im Gesicht ulcerirt, an anderen Stellen Borken. Keine wesentliche Besserung durch ein Jahr lang dauernde Behandlung.

2) Blondhaariger Steinbrucharbeiter, der niemals das Land verlassen. Grosse Knoten im Gesicht und an anderen Körperstellen; dieselben waren zuerst aufgetreten an der Dorsalseite der Zehen mit Elephantiasis der unteren Extremitäten. Dabei Abnormitäten der Sensibilität und Pigmentirung der Haut. Verf. glaubt auf Grund dieses Falles eine nahe Verwandtschaft zwischen Lepra und Elephantiasis Arabum annehmen zu dürfen.

3) 39jährige Frau mit tiefen Linien und Falten im Gesicht, die von Stirn und Brauen senkrecht herabliefen. Ganz ungewöhnlich grobe und plumpe Gesichtszüge, wahre Facies leonina. Pat. war unter sehr ungünstigen Verhältnissen aufgewachsen; im 20. Jahre, bei Gelegenheit eines Brandes, sehr starke Erkältung und schmerzhafte Entzündung des Gesichts, namentlich der Oberlippe; später stark juckender Fleckenausschlag über den ganzen Körper und einzelne Geschwüre. Die Veränderung im Gesicht blieb seit jener Entzündung zurück. **H. Wildt** (Berlin).

G. Cavazzani. Annotazioni terapeutiche sul croup e sulla difteria.

(Gaz. med. ital. 1877. No. 39—44.)

Verf. beobachtete in Castelfranco eine Diphtheritisepidemie von 125 Fällen und theilt 87 hiehergehörige Krankengeschichten mit. Von den 125 Erkrankten waren 56 männliche, 69 weibliche Individuen. Von diesen waren 8 ungemein schwächlich; 97 hatten aus-

geprägt lymphatische Constitution, kräftig waren nur 20. Es erhellt daraus, dass schwächliche Constitutionen viel stärker in Mitleidenschaft gezogen wurden. Bezüglich des Alters waren 40 Fälle unter 4 Jahren; 56 im Alter von 4—14 Jahren — 9 von 14—24 Jahren; —7 von 24—44 Jahren; 6 von 44—54; über 54 Jahre blos 3 Individuen. Weiter trugen zur häufigeren Erkrankung bei schlechte Wohnungs- und schlechte öconomische Verhältnisse. Auch feuchte Witterung schien eine Vermehrung der Krankheitsfälle zu bewirken. Bezüglich der Localität war der Sitz der Krankheit 98 Mal Pharynx und Tonsillen, 4 Mal Pharynx und Trachea, 5 Mal Pharynx und Nase, 2 Mal Pharynx und Zahnfleisch, 1 Mal Pharynx und Wange, 4 Mal das Zahnfleisch, 1 Mal die Wangenschleimhaut, 5 Mal die Schleimhaut der Mundhöhle, 3 Mal die Vulva, 4 Mal die Haut, 3 Mal chirurgische Wunden.

Die mittlere Krankheitsdauer war 6,8 Tage.

Von den 125 Fällen starben 17, und zwar 13 in unmittelbarer Folge der Diphtherie, und 4 in Folge von Nachkrankheiten derselben (3 Mal Herzparalyse und 1 Mal Albuminurie und Anasarka).

Verf. ist der Ansicht, dass die Krankheit zuerst local sei und erst nachträglich allgemein werde.

Bezüglich der Therapie ist C. ein warmer Freund der Touchirungen mit Lapis.

Menzel † (Triest).

Netzel. Ueber Stielbehandlung bei Ovariotomie.

(Nordiskt medicinskt Arkiv Bd. X. Hft. 1.)

Verf. benutzte bei seinen ersten Operationen die Cauterisation (8 Fälle mit 3 †), dann die Klammer (47 Fälle mit 9 †) und erst in der letzten Zeit versenkt er den Stiel, nach Ligatur mit Seide (10 Fälle mit 1 †).

In 2 Fällen, in welchen der Tumor breitbasig aufsass, wurde der Rest der Geschwulst in den unteren Wundwinkel befestigt. Beide Fälle verliefen letal.

Nach Besprechung der Methode spricht sich N. für das Versenken des Stieles aus.

Th. Kölliker (Würzburg).

Heckel. Ueber die Ursachen der Unterleibshernien und speciell der Leistenbrüche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. IX. Hft. 1 u. 2.)

Indem H. vom intraabdominellen Drucke, als Entstehungsursache der Unterleibsbrüche absieht, und den Anschauungen Roser's und Linhart's beipflichtet, weist er auf die Bildung der Bauchdivertikel hin; dieselben können dadurch entstehen, dass das Bauchfell an einzelnen Stellen stärker an die Bauchdecken fixirt ist, als an

anderen; diese Stellen werden bei den Respirationsbewegungen stärker vorgedrängt, als jene, wo das Peritoneum leicht verschiebbar ist. Ist die Ausdehnung der Bauchdecken eine Zeit lang constant (Schwangerschaft, Ascites), so gleichen sich die Divertikel wieder aus; sie treten aber sehr leicht nach der Schwangerschaft und im Alter auf, wenn das Bauchfell schlaffer wird; dann erweitern sich auch die subperitonealen Bindegewebsmaschen, in welchen sich leicht Fettmengen ablagern, die durch ihren Zug die Divertikel vergrössern.

Der Verf. weist ferner auf den Zug des Cremasters am Samenstrange (resp. des runden Mutterbandes) hin. Ist dieser Zug stärker, als die elastische Spannung des Peritoneums, so verhindert er, dass der Processus vaginalis verwachse, oder bewirkt, dass das Bauchfell am inneren Leistenringe sich einstülpt, wenn der Vaginalcanal bereits verwachsen wäre. (Die Gründe hierfür siehe im Original.)

Auf diese Anschauungen hin empfiehlt H. für Behandlung der Leistenhernien bei Männern den Gebrauch des Suspensoriums, bei Weibern — die Resection des runden Mutterbandes.

Wölfler (Wien).

Gritti. Etude sur un nouveau Cathéter cannelé.

(Congrès period. internat. des Sc. méd. 5me Session. Genève. — Extrait.)

G.'s neue Leitsonde für den perinealen Steinschnitt hat die Form des Mercier'schen Katheters; der Schnabel steht in einem Winkel von 120°; die rechte Seite des Stabes (vom Schnabel aus gesehen trägt eine Rinne, die bis zum Schnabel reicht; zur Orientirung ist auch der Pavillon auf der entsprechenden Seite gerinnt. — Nach Einführung der Sonde hakt sich der Schnabel durch eine Axendrehung und ein leichtes Anziehen im Blasenhals an; der Stab findet am Schambogen einen Widerhalt, der Blasenhals sammt der Prostata wird dadurch dem Operateur entgegengedrängt (1. Tempo). Es folgt der Einstich direct in die Pars membranacea, wo die Spitze des Messers in die Rinne trifft; beim Weiterschieben des Messers dringt die Spitze mit einem seichten Schnitt durch die Prostata in den Blasenhals und bleibt, vom Schnabel gedeckt, dort stehen. Der Operateur kann nun, stets genau orientirt und mit gedeckter Spitze durch gleichzeitiges Einschieben der gesenkten Sonde und des Messers den Schnitt durch die Prostata und im Blasenhals erweitern, wobei der mehr oder weniger spitze Winkel zwischen Stab und Messer die Tiefe des Schnittes bestimmt. Beim Ausziehen des Messers werden die Weichtheile des Perineums seitlich (oder median) incidirt (2. Tempo). Das Uebrige wie sonst üblich.

Vortheile der Methode sind: 1) Schnelligkeit der Ausführung — »un coup de maître«. 2) Sicherheit, wegen der beständigen Deckung der Messerspitze. 3) Möglichkeit, stets zu wissen, auf welchem Punkte sich Messer und Sonde befinden. — Den Einwand, dass die Pars membranacea, weil nicht vorgedrängt, leicht verfehlt werden

könne, widerlegt G. damit, dass der Katheter völlig fixirt sei, und dass man bei dickem Perineum vorher die oberflächlichen Schichten incidiren könne. G. schlägt für sein Verfahren den Namen vor: Cystotomie périneale à jour. **Escher** (Triest).

H. Welcker. Die Einwanderung der Bicepssehne in das Schultergelenk. Nebst Notizen über Ligamentum interarticulare humeri und Lig. teres femoris.

(Archiv für Anatomie und Physiologie. Anatomische Abtheilung 1878. Bd. I.)

Verf. verfolgt vergleichend anatomisch den Durchtritt der Bicepssehne durch das Schultergelenk. Drei wesentlich verschiedene Formen hat er in der Reihe der Säugethiere beobachtet.

1) Die Bicepssehne liegt ausserhalb der fibrösen Kapsel des Schultergelenks und ist mit einem Schleimbeutel versehen, wie beim Pferde, beim Tiger u. a.; oder 2) sie berührt die Synovialmembran und drängt sich in verschiedenem Grade in das Innere des Gelenkes ein. Hierbei wird die Synovialmembran einfach eingestülpt und mesenteriumartig nachgeschleppt. Bei mehreren Thieren geht diese anheftende Membran »Mesotenentium« verloren, und die Sehne liegt, wie auch beim Menschen, frei im Gelenk. 3) Die Bicepssehne hat ihre Lage in einem Recessus der Gelenkkapsel, wie bei der Robbe, beim Hunde u. a. Dieser Recessus ist ein Product des von der Bicepssehne in das Gelenk eingeschleppten und mit der Synovialmembran verschmolzenen ehemaligen Schleimbeutels. Auch bei der zweiten Form findet derselbe Entwickelungsgang statt, so dass die die Sehne bekleidende Haut dieselbe ist, mit welcher die Bicepssehne bei den in der ersten Reihe untersuchten Thieren auf der äusseren Faserschicht der Gelenkkapsel aufliegt. Man kann daher diesen Bildungsmodus, da man ihm in sehr zahlreichen Ordnungen der Säugethierclasse begegnet, als den allgemein vorkommenden ansehen.

Das von W. als Lig. interarticulare humeri bezeichnete Band kommt nicht nur, wie er früher meinte, bei den Subungulaten vor, sondern sein Vorkommen ist ein sehr allgemeines. Beim Menschen ist es in dem von Schlemm aufgestellten inneren Schulterbande Lig. glenoideo-brachiale wiederzuerkennen. Es ist ein 5 mm breiter Faserzug, der von der Spitze der Gelenkpfanne, medial von der Bicepssehne, nach abwärts und hinten schwenkt, um mit der Sehne des M. subscapularis am Tuberculum minus zu verschmelzen. Das oberste Stück ist häufig umgreifbar.

Die nahe Analogie des Lig. interarticulare humeri mit dem Lig. teres femoris, für die Verf. sich früher ausgesprochen, hält er jetzt nicht mehr aufrecht, dagegen die jenes in einigen Schultergelenken beobachteten, aus dem Lig. coraco-humerale hervorgegangenen, wandständigen Bandstranges mit dem Lig. teres. Letzteres besitzt in der frühesten Zeit ein Stadium, in welchem es durch eine mesenteriumartige Falte der Synovialhaut, gleich wie beim Tapirembryo, an die

Kapsel angeheftet ist. Wie aber bei diesem die Anheftung des Lig. teres verloren geht und aus dem sessilen Bande ein dem menschlichen Lig. teres durchaus ähnliches Band hervorgeht, so tritt auch beim Menschen diese Umwandlung ein, nur erfolgt sie sehr frühzeitig; da schon in der 12. Woche das Lig. teres ringsum frei ist. Bei einem 7monatlichen, missgebildeten menschlichen Fötus beobachtete W. ein Lig. teres sessile in Form einer strangartigen Vorragung des unteren Theiles des Kapselbandes. **Pinner** (Freiburg i/Br.).

M. Holl. Zerreissung der Kniekehlengefässe und Nerven bei Streckung einer Contractur. Heilung. Anatomische Untersuchung 8 Jahre nach der Operation. Allgemeines über die Bildung von collateralen Kreislaufsbahnen und Arterien-Varietäten.

(Archiv für klin. Chirurgie 1878. Bd. XXII. Hft. 2.)

Bei einem 24jährigen Manne, der an Tuberkulose gestorben war, hatte seit seinem 16. Lebensmonate eine Gonitis bestanden. Diese hatte zu einer rechtwinkligen Ankylose geführt. — Vor 8 Jahren waren in der Narkose wieder Extensionsversuche vorgenommen worden, doch erfolglos. — Das Bein stand im rechten Winkel flectirt, die Sensibilität war sehr stark herabgesetzt gewesen. — Aus dem anatomischen Befunde heben wir hervor, dass die Arteria poplitea und der N. popliteus internus in der Kniekehle aufhörten, ohne dass weitere üble Folgen aufgetreten waren. Verf. führt eine Reihe von Fällen an, in denen stets ein tödtlicher Ausgang oder sonstige, sehr schwere Erscheinungen nach Zerreissung grosser Gefässe bei Streckversuchen oder Reposition veralteter Luxationen eintraten. — Bei der Untersuchung des neugebildeten Collateralkreislaufes kommt H. zu dem Schlusse, dass die stets unter sich communicirenden Vasa nervorum durch Erweiterung ihres Lumens herangezogen werden und so die Bildung desselben einer gewissen Gesetzmässigkeit unterliegt. Zum Schluss bespricht Verf. noch den Einfluss und die Bedeutung der Vasa nervorum für das Vorkommen anormaler und supernumerärer Arterien. **Maas** (Freiburg i/Br.).

Kleinere Mittheilungen.

G. Nepveu. Contribution à l'étude de la dénudation des nerfs.

(Gazette hebdom. 1878. No. 5.)

Die traumat. Läsionen der Nerven und deren Folgen sind, wie N. Eingangs hervorhebt, seit einigen Jahren Gegenstand vielfachen Studiums. Doch sei die Frage nicht erörtert, was für Effect die Blosslegung von grossen Nervenstämmen, ein nicht seltenes Vorkommen bei grösseren Operationen, haben dürfte? N. führt

zur Beleuchtung dieser Frage ein Paar Fälle aus Verneuil's Klinik ausführlich an.

1. Bei einer 60jährigen Frau sollte eine Parotisgeschwulst exstirpirt werden. Die dicke, kräftige, doch blasse Pat. hat die Geschwulst ca. 5—6 Jahre; letztere ist langsam und ohne Schmerz zu verursachen gewachsen; eine quere Furche theilt dieselbe in 2 hühnereigrosse Portionen. Sie ist hart; Lähmungserscheinungen im Gesichte nicht vorhanden. Aus dem Detail der Operation heben wir nur hervor, dass der Tumor in 2 Portionen eliminirt wurde, wodurch das Lospräpariren und Schonen des in der Querfurche verlaufenden N. facial. sehr erleichtert ward. Der Nerv war auf 3 cm freigelegt. Verband mit alkoholisirter Charpie. Als Pat. aus der Narkose erwacht war, constatirte man, dass keine Gesichtsmuskel-Verzerrung da war; nur fibrilläre Muskelzuckungen — in Folge der Freilegung des Nerven und des reizenden Verbandmaterials — dauerten einige Zeit an. Der weitere Verlauf günstig, bis am 12. Tage vehemente neuralgische Schmerzen auftraten, die von der Wunde aus in die Umgebung der linken Gesichtsseite ausstrahlten. Auch in der folgenden Nacht kehrten die Schmerzen in gleicher Heftigkeit wieder. Es ward Chinin mit Morph. gegeben und die Anfälle blieben nun ganz aus. Wiederholte profuse Schweisse in den nächsten Nächten. Baldige Heilung. Die Neuralgie ist auch späterhin nicht wiedergekehrt.

2. Einer 43jährigen Frau sollte ein ca. mannsfaustgrosser, seit 2 Jahren bestehender Tumor aus der linken Kniekehle exstirpirt werden. Der äusserst hart anzufühlende Tumor verursachte während des 1. Jahres seiner Entwickelung keine Schmerzen, die später aber mit äusserster Heftigkeit aufzutreten begannen; Lähmungserscheinungen sind an dem Beine nicht vorhanden.

Bei der Exstirpation des Tumors zeigte sich, dass der Nerv denselben von oben nach unten durchzog. Durch stückweises Abtragen der Geschwulstmasse gelang es, den Nerv (N. poplit. extern.) zu schonen; er schien völlig gesund und war nirgends von der Geschwulstmasse durchwachsen. Schliesslich lag ein 12 cm langes Stück des Nerven frei präparirt in der Wunde da. Beim Erwachen der Pat. aus der Narkose zeigte die vorgenommene Nadelprobe, dass die Sensibilität an beiden Seiten des Fusses sehr herabgesetzt, am Fussrücken aber ganz erloschen sei. — In der Nacht verspürte Pat. beim Aufwachen ein krampfhaftes Zucken im Fusse und Unterschenkel. Dies währte bis zum Morgen des folgenden Tages; dann traten dumpfe Schmerzen an den genannten Theilen auf, die durch das Hinleiten des Spray auf die Verbandtheile (2stündlich) bedeutend vermehrt wurden. Die endliche Heilung trat sehr langsam (nach 7 Monaten) ein; Gang anfangs schwierig, Streckung behindert. Schliesslich Besserung durch Massage. An der Wade aber blieb unterhalb der Narbe in einer Ausdehnung von 20 cm Länge, 8—10 cm Breite, eine fast vollständige Unempfindlichkeit zurück.

Verf. kommt auf Grund dieser 2 Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: Selbst eine ausgedehnte Freilegung von Nervenstämmen, bringt keine länger andauernden Störungen in der Function des Muskelsystems, noch eine bleibende cutane Anästhesie zu Stande. Die trophischen Störungen, die darauf folgen können, sind ohne Bedeutung; es bleibt keine Neuralgie, keine Contractur zurück. N. räth, der Freilegung von grossen Nervenstämmen auch unter günstigen Umständen, d. h. wenn eine unmittelbare Vereinigung danach möglich ist, keine grössere Ausdehnung als 12 cm zu geben. An einem dünnen Nervenstamm, wie Nerv. facial. seien nicht mehr als 4—6 cm gestattet. Verf. giebt jedoch selbst zu, dass aus den beiden obigen Fällen keine bestimmten Schlüsse in dieser Richtung zu ziehen seien. Für gewisse andere Nerven, wie N. sympathicus und vagus sei die oben angegebene Praktik nur mit grosser Reserve anwendbar, da unsere Kenntnisse hierin zu unsicher und gering seien.

Für alle Fälle aber dürfe die Freilegung grösserer Nervenstämme gelegentlich der Exstirpation von gutartigen Tumoren, nach dem glücklichen Resultate in den 2 obigen Fällen, in die chirurgische Praxis aufgenommen werden.

Fr. Steiner (Wien).

Broquiart. Gangrène sèche dans le fièvre typhoïde.

(Gaz. hebdom. 1878. No. 8.)

Cauvy. Fièvre typhoïde. Gangrène de la jambe gauche. Amputation de la cuisse. Guérison.

(Gaz. hebdom. 1878. No. 10.)

B. beschreibt einen Fall von spontaner Gangrän des rechten Unterschenkels, die sich bei einem 35jährigen Mann im Verlaufe des Typhus entwickelte. In der Schenkelbeuge und Kniekehle waren die obliterirte Femoralis resp. Poplitea als harte Stränge deutlich zu fühlen. Die Gangrän verlief langsam als Mumification. Erst nach 4 Monaten, als die mortificirten Theile bis auf den Knochen abgestossen waren, Trennung des letzteren in der Höhe der Spina tibiae. Rasche Heilung.

C.'s Fall betrifft einen 11jährigen Knaben, bei welchem in der Reconvalescenz vom Typhus unter lebhaften Schmerzen und Kältegefühl Gangrän des Unterschenkels eintrat. Nach 3 Tagen Demarcation ausgesprochen, Amputation des Femur an der Grenze des unteren und mittleren Drittels. Rasche Heilung. Die Stämme der Artt. tibiales antica und postica fanden sich obliterirt. **Steiner** (Wien).

V. Omboni. Contribuzione alla cura dei tumori colla elettrolisi.

(Gazz. med. ital. 1877. No. 48.)

Verf. behandelte mehrere Geschwülste mit Elektrolyse. — Urethralpolypen wurden bei zwei Frauen durch Elektricität verschorft. — Bei einer andern Frau wurden zwei Uterusfibroide erheblich verkleinert und die Blutung sistirt. Auch ein grosser Nasenrachenpolyp wurde zum theilweisen Schrumpfen gebracht, musste aber doch schliesslich mit dem Ecraseur entfernt werden. Bei einem Hydrops der Flexorensehnen bildete sich an der Einstichsstelle des negativen Pols eine Fistel aus, welche Monate lang eiterte; schliesslich recidivirte der Hydrops wieder.

Bei einem Rippenenchondrom bildete sich entsprechend einer Stichstelle ein kleiner Abscess aus, welcher eine Monate lang eiternde Fistel zurückliess; schliesslich kam aber doch das Enchondrom zum Schwunde. **Menzel** † (Triest).

Barlach. Zur Casuistik der Schädelverletzungen. (Nebst Tafel.)

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII. Hft. 1. p. 238.)

Einem 12jährigen Knaben ging das Rad eines Torfwagens über den Kopf. Patient verlor das Bewusstsein nicht, war sogar im Stande neben dem Wagen hergehend, die Pferde weiter zu lenken. Der Befund zwei Stunden nach der Verletzung war folgender. Die rechte Hälfte der Pars front. des Stirnbeins aus dem Schädelgewölbe vollkommen ausgelöst (herausgeplatzt) liegt auf der linken Kopfhälfte d. h. auf den Haaren obenauf. Der Knochen ist theils durch Fractur, theils durch Trennung der Naht aus seinen Verbindungen gelöst. Dieses Stück wurde entfernt, ein kleineres wurde mit Hülfe einer Kornzange herausgeholt. Dura unverletzt. Reinigung der Wunde, Naht, Drainage. Verband: Salicylwatte, darüber Eis. Heilung ohne besonderen Zwischenfall. Die Untersuchung nach einem Jahre zeigte ziemlich resistente Kopfschwarte, das Gehirn sah und fühlte man noch deutlich pulsiren. Betasten der betreffenden Fläche erregt weder Schmerzen noch sonstige Erscheinungen. Pat. besorgt grobe Arbeiten ohne irgendwie Beschwerden zu haben. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

R. Parker. Stanley hospital, Liverpool.

(Medical times and gazette 1877. Decbr. 1.)

1) Excision of half the tongue, part of jaw, submaxillary glands and side of pharynx for epithelioma — with success ful result.

58jähriger, früher immer gesunder Mann. Tief ulcerirte Geschwulst, die die linke Hälfte der Zunge bis zur untern Seite $1^1/_2$ Zoll lang einnimmt, ferner die anliegenden Theile beider Kiefer und einen kleinen Theil der Wange. Harte Anschwellung der Drüsen am Kieferwinkel. Bestand der Affection seit 2 Jahren. — Hautschnitt vom Mundwinkel bis zur Regio submaxillaris; Resection des Unter-

kiefers vom linken Eckzahn bis zum linken Kieferwinkel; die erkrankten Theile des Oberkiefers mit der Knochenzange entfernt. Die Zunge herausgezogen, ein krummes Bistouri an der Basis durchgestossen und die ganze linke Zungenhälfte bis zum Kehldeckel entfernt; ebenso endlich die erkrankten Theile des weichen Gaumens, des Pharynx, der Wange und die Submaxillardrüsen. — Operationsdauer 2 Stunden. Gangrän eines Theils der Wangenhaut, Entstehung einer Pharynxfistel; zweimaliger erfolgloser Versuch, dieselbe durch eine plastische Operation zu schliessen. 18 Monate nach der Entfernung des Tumors bot Pat. bei der Untersuchung völliges Wohlbefinden bis auf die Fistel dar. Zunge ziemlich beweglich, Mund etwas verkleinert, Kauen hinreichend gut ausführbar. — Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Epithelialcarcinom, die Submaxillardrüsen zeigten eine reichliche kleinzellige Infiltration zwischen den Acinis; die Lymphdrüsen intact.

2) Excision of half the tongue, half the soft palate, side of pharynx, submaxillary glands and part of lower jaw for epithelioma — recurrence.

54jähriger, bis dahin immer gesunder Potator. Tiefes jauchiges Geschwür an der linken Seite des weichen Gaumens von der Uvula bis zu den Gaumenbögen; wallnussgrosse Induration am Kieferwinkel. Rücken der Zunge frei; aber die Unterseite derselben und der Unterkiefer von der Affection ergriffen. Kiefer nur so weit von einander zu entfernen, dass nur flüssige Nahrung genossen werden konnte. Operation nur auf dringendes Bitten des Pat. — Incision vom linken Mundwinkel bis zum Zungenbein; Unterbindung der Arter. lingualis unter dem Musc. hyoglossus; Durchsägung des Unterkiefers am ersten Molarzahn, Abtragung des kranken Theils mit der Knochenzange nach Abtrennung von Masseter und Pterygoideus internus. Abtragung der linken Hälfte von Zunge und weichem Gaumen, Entfernung der Drüsen. Schnelle Heilung, kleine Nekrose der Sägefläche. 1 Monat nach der Operation verdächtige Drüsenschwellung unter dem Sterno-mastoideus und im Pharynx ein neuer rother Granulationspfropf. Exstirpation der ersteren, welche die Carotis, Jugularis und den Vagus umschloss, mit Erhaltung der letzteren. Wunde zeigt im Anfange starke Abstossung und Zersetzung — Desinfection mit Magnesiapulver — Erysipel; nach 4 Wochen Wunde geschlossen; aber das Geschwür im Pharynx im Wachsen.

Verf. glaubt, dass wenn nur das Zahnfleisch von der Neubildung ergriffen ist, eine Spange des Unterkiefers stehen bleiben kann, Resection aus der Continuität aber vorzuziehen ist, wenn die Unterfläche der Zunge und die sich umschlagende Schleimhaut mit erkrankt ist. Die Submaxillar-, Sublingualdrüsen- und Lymphdrüsen überhaupt empfiehlt er stets mit zu entfernen. **H. Wildt** (Berlin).

Fritze und Grebert. Ein Fall von Darmnaht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 5.)

Die Verff. fanden bei einer Stichwunde in den Unterleib den etwa 1 m lang vorgefallenen Dünndarm an 2 etwa 10 cm von einander entfernten Stellen perforirt. Die eine Darmwunde war $1^1/_2$ cm, die andere $2^1/_2$ cm lang. Verff. vereinigten dieselben mittelst 2 und 3 die ganze Darmwand durchdringende Catgutnähte und legten einen Salicylverband an. Am 5. Tage erfolgte dreimaliger Stuhlgang, nach 3 Wochen war die Heilung vollendet.

Urlichs (Würzburg).

Silver und Barwell. Intestinal obstruction — right inguinal colotomy.

(Med. times and gaz. 1878. Mai 4.)

42jähriger Maler, früher immer gesund bis auf einen Schanker im 20. Jahre. Die letzten Jahre ab und zu Schmerzen in der Regio epigastrica, als Bleikolik gedeutet, niemals Constipation. Vor zehn Tagen plötzlich heftige Schmerzen in der Regio epigastrica, die zwei Tage lang anhielten, seitdem kein Stuhlgang trotz vieler Abführmittel, Brechneigung, Collaps. Bei der Untersuchung fand sich ein specifisches Exanthem auf den Oberschenkeln, Abdomen sehr aufgetrieben, rechts mehr als links, Schmerzen und Druckempfindlichkeit gerade unter dem Nabel, häufiges Erbrechen. Tympanitis nahm zu, Singultus stellte sich ein, der Col-

laps wurde immer grösser; daher vier Tage nach der Aufnahme Colotomie in der Fossa iliaca dextra mit Eröffnung der Bauchhöhle unter antiseptischen Cautelen; 2 Zoll lange Incision parallel der Linea alba, anfangend einen Zoll über dem äusseren Leistenring; das Peritoneum erschien verdickt und hyperämisch, opalescirende Flüssigkeit entleerte sich aus der Bauchhöhle. Zuerst stellte sich eine ausgedehnte Dünndarmschlinge in die Operationswunde ein, daher ging Barwell mit der Hand in die Bauchhöhle ein und zog das Coecum hervor, welches mit Seidensuturen angeschlungen wurde. Eröffnung des Darmes und Entleerung einer grossen Menge Darminhalt, Einnähen des Darmes in die Wunde mit Silberdraht. Pat. fühlte sich nach der Operation sehr erleichtert, sein Allgemeinzustand gehoben; doch blieb der Meteorismus bestehen und Pat. starb plötzlich am zweiten Tage nach der Colotomie. — Die Section ergab allgemeine fibrinöse Peritonitis, $2\frac{1}{2}$ Zoll oberhalb der Flexura colisinistra fand sich eine $\frac{3}{4}$ Zoll lange Strictur; die Schleimhaut in ihrem Bereich ganz normal, aber die übrigen Theile des Darmes an dieser Stelle durch entzündliches Exsudat so zusammengezogen, dass nur eine dünne Sonde die Strictur passiren konnte; doch konnte dieselbe ohne grosse Gewalt bis fast zum normalen Lumen erweitert werden. Es fanden sich ferner kleine Gummiknoten in der Leber. **H. Wildt** (Berlin).

Th. Smith. A case of wound of the femoral vessels.

(Bartholom. Hosp. Rep. Vol. XII. p. 157.)

Ein 14jähriger Knabe verletzte sich mit einem spitzen Federmesser an der Innenseite der Mitte des Oberschenkels, die Blutung war gering. 4 Tage nach dem Unfall glitt er aus und fiel auf dasselbe Bein, dasselbe wurde sehr schmerzhaft und schwoll in der Umgebung der Wunde an. 20 Tage später, liegt Pat. mit abducirtem und leicht gebeugtem Knie, der linke Oberschenkel ist 1" an Umfang stärker, an Stelle der Wunde findet sich eine Narbe; die aufgelegte Hand fühlt ein schnurrendes Geräusch im ganzen Verlaufe der Art. femor, am stärksten nach innen von der Narbe. Bei der Auscultation hört man an der Innen- und Vorderseite des ganzen Oberschenkels ausser einem continuirlichen hauchenden Geräusch einen systolischen, hoch gestellten Ton; Compression der Femor. hebt diese Erscheinungen auf; Ruhelage, Einwickelung des ganzen Beines. Am 26. Tage hört man ausser an der Narbenstelle — hier beide Geräusche — am Oberschenkel nur noch das hauchende Geräusch. Nach 6 Monaten bestand im schmerzlosen, nicht geschwollenen kräftigen Beine keine sichtbare Pulsation, das hauchende Geräusch besteht 4" unter dem Poupart'schen Bande an der Innenseite der Schenkelarterie, weiter abwärts bekommt es mehr einen blasenden Charakter. Wie in anderen beobachteten Fällen von Varix aneurysmaticus fehlte auch in dieser Beobachtung jede venöse Congestion und blieb trotz der vollkommenen functionellen Herstellung das venöse Geräusch und das systol. Geräusch von Bestand. **Pilz** (Stettin).

Die 51. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte findet vom 18. bis 24. September d. J. in Cassel statt. Mitglieder- oder Theilnehmerkarten, welche zugleich zum unentgeltlichen Bezug einer Damenkarte und zu Fahrpreis-Ermässigungen auf verschiedenen Eisenbahnen berechtigen, versendet gegen portofreie Einsendung von 12 Mark Herr Diehls, 56 untere Königstrasse, Cassel. Derselbe besorgt auch Wohnungsbestellungen. Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an die Herren Dr. B. Stilling und Dr. E. Gerland.

Druckfehler: p. 464, Z. 8 u. 10 v. u. lies: Huffnagle statt Huffnayle.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 32. **Sonnabend, den 10. August.** **1878.**

Die totale Exstirpation des Uterus.

Von

Dr. Benno Credé,
K. S. Stabsarzt.

Anfang dieses Jahres wurde die Chirurgie durch Prof. Freund um eine fein ausgedachte und glücklich ausgeführte Operation bereichert, die in der medicinischen Welt mit um so grösserer Freude begrüsst wurde, als sie zu der Hoffnung zu berechtigen schien, bei einer bis dahin unheilbaren, qualvollen Krankheit in manchen Fällen helfen zu können. Anfang Juni folgte der ersten Veröffentlichung eine zweite, in welcher über weitere, zum Theil glücklich verlaufene Operationen berichtet, in der Ausführung einiges geändert und die Indication schärfer gestellt wurde.

Auch von anderen Aerzten (Schröder, Olshausen, Tillmanns) ist die Operation seitdem ausgeführt und stehen Berichte

darüber wohl zu erwarten. Bei der grossen Wichtigkeit der Sache, bei der Möglichkeit, die Ausführung in manchen Punkten noch zu verbessern und zu vereinfachen und bei dem Umstande, dass meiner Ansicht nach die Indication anders zu stellen ist, als Freund es will, mögen mir in Anknüpfung an eine von mir ausgeführte Operation einige Worte über die totale Uterusexstirpation wegen Carcinom gestattet sein.

Schon bei der genauen Ausführung der Freund'schen Operation an der Leiche fiel mir einmal das leichte Ablösen und Herunterschieben des Bauchfelles beim Arbeiten im kleinen Becken auf (die zweite Veröffentlichung von Freund, die dieses Umstandes erwähnt, erschien erst einige Tage später) und dann der zeitraubende und mühevolle Schluss des Bodens durch die peinliche Vereinigung des Peritoneums. Ersteres beabsichtigte ich durch Annähen des Bauchfelles an die Hautwunde zu beseitigen und letzteres ganz fortzulassen, um dafür eine Vereinigung der Vaginalwundränder vorzunehmen, die ich in die Scheide hineinziehen und von dieser aus nach Schluss der Bauchwunde nähen wollte. Ich sagte mir, dass eine Wundfläche im kleinen Becken, wie wir sie oft bei Ovariotomien ohne Nachtheil zurücklassen, bei peinlich durchgeführter Antisepsis nicht schaden könnte, dass die dann kurz abgeschnittenen Ligaturen den aseptischen Verlauf nicht stören, dass eine Zerrung des Bauchfelles vermieden würde und dass die Dauer der Operation mit der mindestens nicht vortheilhaften, langen Entblössung des Darmrohres wesentlich verkürzt werde. Besondere Schwierigkeiten bot mir die Operation an der Leiche nicht, etwas umständlich durch Raumbeengung war die Anlegung der tiefsten, das Laquear vaginae mitfassenden Ligatur, und Vorsicht scheint mir nöthig, um nicht die Blase dabei zu verletzen.

Die Mitte Juni ausgeführte Operation betraf eine 43jährige, von auswärts mir zugewiesene, gut genährte Dame, die 3 Mal geboren hatte und seit 2 Jahren an einem carcinomatösen Infarct der vorderen Lippe litt, der bald ulcerirte, nach Aetzen und viermaligem, energischem Auskratzen immer bald recidivirte und seit Mai dieses Jahres auf das Scheidengewölbe überzugehen begonnen hatte. In der linken Unterleibsgegend hatte sie seit mehreren Monaten fast continuirliche Schmerzen, die das Gehen und die Besorgung ihres Haushaltes behinderten und ihr das Leben zur Qual machten.

Zur Zeit der Operation ergab die Untersuchung eine fast intacte, hintere Lippe, ein unreines, zerklüftetes, derbes Geschwür auf der ganzen vorderen Lippe, welches nach vorn links reichlich $^1/_2$ cm weit auf das Scheidengewölbe übergriff. Der Uterus war nach links geneigt und frei beweglich. Durch das linke Scheidengewölbe hindurch fühlte man an der Seitenfläche des unteren Theiles des Cervix 2 anscheinend kirschkerngrosse und einige viel kleinere Knoten auf letzterem fest aufsitzend und mit diesem beweglich. Infiltrate und geschwollene Drüsen waren sonst nicht bemerkbar. Da es der bestimmteste Wunsch der Kranken war, auf jeden Ausgang hin die gefährliche

Operation an sich ausgeführt zu sehen, so unternahm ich dieselbe mit der Hülfe von 4 Collegen. Ich hatte dabei die Ueberzeugung, dass im Falle des Gelingens die Heilung vollständig sein würde, da das Leiden sich anscheinend auf den Uterus und einen schmalen Vaginalstreifen beschränkte, die Nachbartheile noch vollständig frei erschienen und nach der Angabe von Freund die Operation dann indicirt ist, wenn das Carcinom »noch nicht einen Centimeter auf das Laquear übergreift«. Bei letalem Ausgange war die Kranke vor einem bald zu erwartenden, für sie und ihre Umgebung qualvollen Ende verschont worden.

Nach peinlichster Desinfection der Umgebung und der Kranken wurde der Hautschnitt vom Nabel bis zur Symphyse angelegt, das dicke Fettpolster durchtrennt und an die Wundränder ringsherum ein 1 qm grosses gefaltetes, desinficirtes Stück Mackintosh mit der Shirtingseite nach der Haut zuliegend angenäht. Die Wundfläche ging demnach direct in den Gummistoff über, welcher den Leib vor Abkühlung und Befeuchtung schützen — (die Extremitäten und die Brust waren ausserdem in Watte eingewickelt; denn wenn auch Schröder von einem Herabgehen der Temperatur auf unter 35,0 und einem Collaps nach und bei Ovariotomien keine Nachtheile beobachtet hat, so nehme ich doch an, dass es für den Kranken wesentlich vortheilhafter ist, wenn er nicht collabirt und wenn seine Temperatur nicht unter 36,5 sinkt, und ein tieferes Herabgehen habe ich bei Einwicklung der Glieder und Brust in Watte bei den 4 von mir gemachten und sehr günstig geheilten Ovariotomien und einer Reihe anderer grosser Operationen nie gesehen) — und dazu dienen sollte, nach Herumschlagen um die herauszulegenden Darmschlingen die in der Bauchhöhle liegenbleibenden Darmtheile zurückzuhalten (Freund benutzt hierzu ein Handtuch). Nach vollständiger Blutstillung wurde die Bauchhöhle eröffnet und das Peritoneum ringsherum an die Hautwunde befestigt. Da wegen der festen knappen Bauchdecke bei ausgefüllter Bauchhöhle der Uterus kaum sichtbar gemacht werden konnte, so wurden ungefähr 12 Darmschlingen herausgeklappt, der Mackintosh herum und in die Bauchhöhle hineingeschlagen und damit der andere Darm zurückgehalten.

Durch den normalen Körper der hierdurch frei gewordenen Gebärmutter wurde nun eine starke Seidenschlinge gelegt, wodurch derselbe bis in das Niveau der Bauchdecke herausgezogen werden konnte. Der Uterus war nur links durch einige dünne, bandartige Adhäsionen mit anderen Theilen verwachsen, die sich leicht lösen liessen. Der nächste Theil der Operation geschah ohne Zwischenfall nach der Freund'schen Vorschrift. Die unterste Ligatur wurde nach seinem modificirten Verfahren mit einer gestielten Nadel von der Scheide aus angelegt und war nur links schwieriger, wo zwischen der Flexur des Darmes und der verdickten linken Cervixseite schwer so durchzukommen war, dass alles Kranke entfernt werden konnte und vom Darmrohr nichts abgeschnürt wurde. Unter beiden Ovarien wurden Querliga-

turen angebracht, wodurch sie aus der Circulation ausgeschaltet wurden, und die Ovarien exstirpirt, da sie kleine Cysten, Narben und Sehnenflecke enthielten, also höchstens zu ferneren Beschwerden Veranlassung geben konnten. Interessant war hierbei die Beobachtung der bekannten Thatsache, dass als sie fixirt und etwas gedrückt wurden, jedes Mal ein kurzer, reflectorischer Collaps eintrat; ein ebensolcher aber längerer und schwererer, mit kurzer Pulslosigkeit verbunden, trat ein, als beim Schluss der Ausschneidung des Uterus die Vagina eröffnet worden war und der Cervix fest in der Hand fixirt wurde. Auch die Ausschneidung ging glücklich von Statten, nur wurde dabei die schon mit Schwierigkeit angelegte Ligatur um die linke Art. uterina durchschnitten; doch konnte das Gefäss rasch gefasst und unterbunden werden. Eine stärkere Blutung fand nur bei dem Ausschneiden statt, dieselbe war aber rein venös und bestand in dem Ausbluten der Gebärmutter, nach deren Entfernung sie gleich stand. Immerhin war aber doch bei der $2^1/_2$ Stunde dauernden, ohne Verletzung nennenswerther Gefässe verlaufenden Operation der Gesammtblutverlust kein ganz unbedeutender. Schliesslich wurden mit 3 langen Arterienpincetten die gegenüberliegenden Wundränder der Scheide gefasst, in die Scheide hineingezogen, die Zangen liegen gelassen, der etwas injicirte, ganz warme Darm nach Austrocknung der Höhle des kleinen Beckens zurückgebracht, die Bauchwunde geschlossen, antiseptisch verbunden und mit elastischen Binden Alles gesichert. Eine Drainage fand nicht statt.

Eine halbe Stunde nach Beendigung der Operation war die Kranke bei Bewusstsein, hatte einen leidlichen Puls, 36,8 Temperatur, warme Extremitäten und waren ausser allgemeiner Schwäche nur Brechbewegungen störend. Nach einer leidlichen Nacht, in welcher die Kranke mit Unterbrechung schlief, klagte sie über Schmerzen in allen Gliedern und starken Durst, der durch Eispillen gelindert wurde. Das Aussehen war am Morgen ein etwas leidendes, aber durchaus nicht anämisches, das Brechen hatte aufgehört, dafür war aber ein starkes Aufstossen mit Druck in der Magengegend und secundärer Athmenerschwerung eingetreten. Der Puls war mässig kräftig, 100, die Temperatur 38,0. Bis 1 Uhr Mittags hob sich das Befinden noch wesentlich, das Sensorium war ganz frei, Puls 92, Temp. 38,0; der Verband wurde, weil verschoben, gewechselt, enthielt kaum Secret; die Wunde war reactionslos nur die untere Brusthälfte und der obere Theil des Leibes waren durch den gespannten Magen hervorgetrieben; der Unterleib weich, schmerzlos, die Respiration etwas freier. Am Beginn des zweiten Tages in Abwesenheit des Arztes steigerte sich plötzlich das Aufstossen und die Spannung des Magens; die Athmung wurde auf das äusserste behindert, der Puls wurde klein, Cyanose trat ein und binnen einer halben Stunde war die Kranke gestorben.

Die Section ergab einen auf das äusserste gespannten Magen, der die Bauch- und Brusteingeweide stark comprimirte und dessen

Grund nicht auffindbar war, aber wohl in einer Darmknickung zu suchen ist. Eine Nachblutung war nicht eingetreten; der Darm war weniger injicirt; nirgends eine Spur von septischem Exudat oder Geruch bemerkbar. Die noch in der Scheide befindlichen Zangen hatten einen vollständigen Verschluss der Bauchhöhle bewirkt, so dass ich in einem ferneren Falle wohl ebenso wie in diesem den Verschluss der Bauchhöhle nicht durch Aneinandernähen des Peritoneum, sondern durch den einfachen Schluss des Scheidengewölbes bewirken werde. Nach der glücklich verlaufenen Operation und dem relativen Wohlbefinden während der ersten 24 Stunden war dieser rasche, unerwartete letale Ausgang recht betrübend.

Trotzdem möchte ich den Tod als ein Glück bezeichnen, denn die Kranke erwartete nach einem günstigen Verlaufe der Operation eine radicale Heilung und nur unter Voraussetzung einer solchen hatte ich die Operation unternommen; denn um einen nur temporären Erfolg zu erzielen, kann ein derartiger Eingriff nicht gerechtfertigt werden. In unserem Falle hätte die Genesung wohl kaum längere Zeit angedauert, da ein Recidiv nach dem Ergebniss der Operation mit grosser Wahrscheinlichkeit zu erwarten war, obgleich der auf die Scheide übergegangene Theil der Neubildung $^3/_4$ cm ausserhalb seines Randes und die Auflagerung am Cervix, die sich als inficirtes Drüsenpacket herausstellte, anscheinend total entfernt worden war. Es ist mit Sicherheit anzunehmen, dass die benachbarten Drüsen bereits ergriffen waren, auch noch kleine, makroskopisch nicht nachweisbare, zurückgeblieben sind, von denen aus das Leiden sich bald erneuert hätte.

Wie ich höre, ist auch bereits an einem anderwärts glücklich operirten ähnlichen Falle diese Beobachtung gemacht worden. Es beweisen diese Fälle zur Genüge, dass wenigstens Carcinome, die auf das Laquear übergreifen, aber innerhalb des nach Freund noch die Operation zulassenden Umfanges sich halten, sich nicht mehr zu derselben eignen. Wo soll nun aber die Grenze der Indication liegen? Ich vermag keine anzugeben, denn ich halte es für sehr wahrscheinlich, dass auch bei Carcinomen, die noch ganz auf den Cervix beschränkt sind, bereits benachbarte Drüsengruppen betheiligt sind. Es würden daher höchstens die kurz bestehenden, kleinen, centralen Carcinome die Operation indiciren. Welche Kranke wird sich aber in diesem Stadium einer so schweren Operation unterziehen, wo ihr durch andere unschädliche Behandlungsarten wahrscheinlich durch mehrere Jahre hindurch eine erträgliche Existenz gesichert wird; und kann man es verantworten, ihr zu dieser Zeit bereits zu dem Eingriffe zuzureden? Ich würde mich jedenfalls nur im ersten Anfangsstadium der Krankheit und auf das positivste Verlangen der Kranken hin wieder zu dieser Operation entschliessen.

Wenn von mancher Seite bereits prophezeit wurde, es stände jetzt die Aera der totalen Uterusexstirpationen bevor, so kann ich mich dem wenigstens in Bezug auf die wegen Carcinom unternom-

menen nicht anschliessen, sondern glaube vielmehr, dass diese Operation für dieses Leiden bald historisch sein wird. Anders mag es sich mit den wegen anderer Leiden unternommenen Exstirpationen verhalten, über die mir die Erfahrung abgeht und auf welche ich meine Erörterungen durchaus nicht bezogen wissen will.

Zum Schluss möchte ich noch erwähnen, dass es mir zweckmässig erscheint, stets die Ovarien mit zu entfernen, auch wenn sie anscheinend gesund sind. Die Operation wird dadurch nicht erschwert und nicht gefährlicher, wohl aber werden eventuelle spätere Reizzustände oder Erkrankungen dieser Organe vermieden werden.

Dresden, 1878.

R. Barwell. On antiseptic osteotomy for ankylosis and deformity.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 705 ff. und 747 ff.)

Verf. behandelt in 2 Vorlesungen die bei wahren und falschen Ankylosen und bei auf rhachitischer Grundlage entstandenen Verkrümmungen in Anwendung gekommenen operativen Encheiresen. Besonders für letztere empfiehlt er die Anwendung des Meissels, auch räth er, um das Periost zu schonen, den Knochen nicht ganz zu durchtrennen und den letzten kleinen Rest zu durchbrechen; zur exacten Adaptation der Theile sei ein leichter Zug nothwendig. Zwei einschlägige Beobachtungen, durch Holzschnitte illustrirt, werden angeführt. — Von den wegen genu valgum zu verrichtenden Operationen bespricht er nur die Ogston'sche und Mac Ewen'sche Operation. Beide können ernste Gefahren durch Betheiligung des Kniegelenks im Gefolge haben. Er operirte, um diese und die Ausschneidung eines Knochenkeils zu umgehen, zwei Mal in folgender Weise. Der Oberschenkel wurde hart über der Epiphysenlinie mit dem Meissel durchtrennt, vor Anlegung des Gypsverbandes das Bein im Kniegelenke in mittlere Stellung gebracht — zwischen der früheren falschen und der normalen. — Nachdem Heilung eingetreten, werden beide Unterschenkelknochen und zwar die Fibula schräg unter dem Köpfchen, die Tibia horizontal unter der Tuberositas durchmeisselt, der Unterschenkel in die normale Stellung gebracht und durch einen Gypsverband fixirt. Um bei diesen ersten Versuchen recht sicher zu gehen, benutzte B. gewissermassen als Modell die Haltung und Stellung des Beines eines daneben gelagerten gleichaltrigen Kindes. Bei den zwei nach dieser Methode operirten Fällen liessen die Form und die Function der Extremität nichts zu wünschen übrig. **Pils** (Stettin).

H. Quincke. Empyem des Nierenbeckens mit Drainage.

(Correspondenzblatt für schweizer. Aerzte 1878. No. 6.)

Ein 34jähriger Schmied, der nach einem Ueberfall 1860 eine Nierenblutung und nach 15jährigem Intervall öftere Nierenkoliken

(Harnverhaltung mit nachfolgender Hämaturie) gehabt hat, bekommt nach dem letzten Kolikanfall (31. Dec. 1876) andauernde Harntrübung und linksseitige schmerzhafte Spannung. Bei der Aufnahme in das Inselspital (1. Febr. 1877) zeigt sich ein fluctuirender kindskopfgrosser Nierentumor (29 c lang 30 cm breit), der mit jeder Inspiration etwas herabsteigt und das Herz nach rechts gedrängt hat. Hektisches Fieber, Urin 14—1500 ccm, sauer, eitrig, getrübt, 1020—1024 specifisches Gewicht.

Am 12. Febr. Punction und Aspiration mit Entleerung von 4200 ccm dünnen Eiters; kein Ů darin nachweisbar. Wegen Wiederanfüllung Eröffnung (auf Prof. Kocher's Rath) mit Chlorzinkpaste nach 3 cm langem Hautschnitt. Nach 11 Tagen Entleerung von 2000 ccm; die Sonde dringt 23 cm nach oben ein. Mittelst eines grossen Troikarts Gegenöffnung unterhalb der 12. Rippe und Drainage, alles unter Lister. Den nächsten Tag Entfieberung; der Urin eiweissfrei, klar. Die anfänglich reichliche Eitersecretion aus der Höhle wird nach 10 Tagen spärlicher (Jod ging nicht in den Eiter über). — Mitte Mai gelingt die Wiederdurchführung des alle 8 Tage erneuerten Drains nicht; es wird ein kürzerer Drain in jede Wundöffnung eingeführt. Ende Juni definitive Heilung. — Im Jan. 1878 zeigt sich der blühende Pat. mit einer anscheinend vergrösserten Milzdämpfung (8.—11. linke Rippe) und etwas trübem, eiweisshaltigem Harn als einzigem Rest seines grossen Nierenbecken-Empyems, also fast vollkommen geheilt, ohne Harnfistel, durchaus arbeitsfähig. Der Mangel an Ů und Ū im Inhalt der Höhle, auch die ausbleibende Jodreaction beweisen allerdings, dass von der Drüsensubstanz der linken Niere keine Spur mehr vorhanden war, wenn auch die permanente Harntrübung eine nicht vollständige Obliteration der Höhle beweist, und gerade deswegen die Anwesenheit eines Concrements wahrscheinlich macht.

Pauly (Posen).

Beigel. Ueber die Exstirpation der Ovarien als therapeutisches Mittel.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 7.)

Die Exstirpation functionsfähiger Eierstöcke zum Zwecke, unstillbaren Blutungen Einhalt zu thun, oder unerträgliche von den Ovarien ausgehende Schmerzen zu stillen, erfolgt jetzt öfter. 1872 haben fast zu gleicher Zeit Hegar und Battey die Operation als die ersten vorgenommen. Seitdem sind in Summa von den genannten und von anderen Operateuren 33 Fälle operirt, deren einige besonders deshalb interessant sind, weil sie die Unabhängigkeit der Menstruation von der Ovulation darthun: bei doppelseitiger Ovarienexstirpation, also wirklicher Castration, kann die Menstruation fortdauern. In einem solchen Falle, welcher eine 38jährige Pat. betraf, atrophirte allerdings der Uterus, der allmälig eine infantile Gestaltung annahm. Aus den betreffenden Beobachtungen geht nach B. hervor,

dass die Operation nicht zulässig sein dürfte, um künstlich den Klimax zu anticipiren. Die von Sims und Hegar aufgestellten Indicationen möchte B. daher beschränken; er weist darauf hin, dass die Eierstöcke, wenn auch noch functionsfähig, doch sehr häufig, und zwar meist doppelseitig erkranken. Nur bei directer Erkrankung der Ovarien will B. die Operation zulassen.

v. Mosengeil (Bonn).

Deroubaix (Brüssel). Note sur une nouvelle suture dite à points ou fils d'attente. Occlusion vaginale pariétale.

(Genève 1878. 8. 13 S.)

Die Blosslegung der Fistel, ein Haupterforderniss zur sicheren Schliessung der Blasenscheidenfisteln, sucht D. zu erreichen durch seine suture à fils d'attente. Nach Einlegung der Specula und des Katheters bestimmt der Operateur zunächst die Grösse der Fistel, die Beschaffenheit der Ränder und die Richtung der nach dem Verschluss der Fistel sich ergebenden Nahtlinie. Etwa $1^1/_2$ cm vor der vorderen Vereinigungsstelle legt er eine Fadenschlinge (fil provisoire) von Metall oder Seide mittelst krummer Nadel durch die Substanz der Schleimhaut. Die Schlinge wird nach aussen geführt und geknotet; durch Zug an derselben wird der vordere Fistelrand hervorgezogen. Darauf wird durch diesen hindurch der erste fil d'attente von Silber gelegt, so zwar, dass nach der nunmehr stattfindenden Anfrischung der vordern Fistelecke der Faden die Blasenschleimhaut gerade streift; jetzt wird die Fadenschlinge zugezogen. Durch Zug an derselben legt man sich das Terrain für den folgenden fil d'attente bloss, nach dessen Einlegung die Anfrischung bis über diese Stelle hinaus stattfindet; es folgt die Schliessung dieser zweiten Fadenschlinge. In gleicher Weise wird fortgefahren bis zum hintern Ende der Fistel. Zum Schluss entfernt man die provisorische Schlinge am vordern Nahtwinkel. Bei querem Verlauf der Fistel könnte man in jeder Ecke eine Schlinge einlegen und die Fistelränder vorziehn. — Ausser dem Vortheil, successive die zu vereinigenden Partien deutlich zu Gesicht zu bekommen, wird auf diese Weise die Operation so zu sagen »trocken« ausgeführt, da nach jeder kleinen Anfrischung sofort der Nahtschluss erfolgt.

In analoger Weise operirt D. mit Zuhülfenahme der fils d'attente bei der Hasenscharte, Staphylorrhaphie, Uranoplastik u. s. f. Die erste Schlinge kommt an den Lippensaum resp. die Uvula zu liegen. Auch bei der »Occlusion parietale vaginale« (dem Einnähen benachbarter Vaginalsubstanz in seitliche Blasenscheidenfisteln hinein) verspricht D. sich ähnliche günstige Erfolge. E. Fischer (Strassburg i/E.).

Ueber Exarticulation im Hüftgelenk und über Wundbehandlung im Allgemeinen.

(Bulletin de l'acad. de méd. 1877 No. 44, 48 und 1878 No. 4—8, 12, 13, 16, 17.)

Den Anlass zu längeren Auseinandersetzungen über obiges Thema giebt eine Rede von Verneuil am 30. Oct. 1877, in welcher er die Misserfolge bei der Hüftgelenkresection auf zwei Ursachen zurückführt: auf den grossen Blutverlust und die unzweckmässige Wundbehandlung.

Der erste Punkt führt zu einer Debatte über die beste Exarticulationsmethode, der zweite veranlasst eine ausgedehnte Discussion über Wundbehandlung überhaupt. Daher mag der Uebersichtlichkeit zu lieb das in beiden Fragen Wichtigste aus den Reden getrennt aufgeführt werden.

I. Die Blutersparniss bei der exarticul. coxofemoral. Die Compression der Aorta abdominalis ist nach Verneuil (Bull. 44) oft unmöglich und meist unvollständig, die vorläufige Unterbindung der Art. femoralis oder iliac. ext. ungenügend wegen der Blutung aus den Zweigen der Art. hypogastr. Deshalb empfiehlt V. die Exstirpation mit Bildung zweier Lappen, nach Art der Ausrottung grosser Tumoren, mit dem Scalpell, Schicht für Schicht vordringend und mit doppelter Unterbindung der Gefässe (auch der grossen Venen) vor der Durchschneidung. Dadurch hat er in 3 Fällen die Blutung auf ein Minimum beschränkt (in einem 4. Falle wandte er den Galvanokauter an, jedoch mit starker Blutung, Collaps und Tod nach 2 Stunden). V. hat dieses Verfahren auch am Schultergelenk erprobt und seit 1872 selbst bei grösseren Amputationen gut gefunden.

Rochard (Bull. 48) billigt das Verfahren bei den beiden grössten Exarticulationen mit dem Bemerken, dass schon Marc. Duval 1858 ähnlich operirt habe.

Maurice Perrin (Bull. 48) möchte nur bei sehr gübten Chirurgen diese Methode als blutsparend gelten lassen und empfiehlt dagegen das Eindringen aufs Gelenk mittelst eines äusseren Längsschnitts wie zur Resection, indem nach der Exarticulation des Femurkopfes unter Manualcompression der Weichtheile die rasche Bildung der Lappen und die Unterbindung ohne grossen Blutverlust möglich ist.

Richet (Bull. 1878, No. 4) ist der Ansicht, dass man die Lappen rasch bilden, die Gefässe mit Schwämmen comprimiren und nachher der Reihe nach unterbinden könne, was ihm zweimal gut gelungen ist.

Trélat (Bull. 5) möchte statt der zeitraubenden Doppelunterbindungen beim schichtweisen Vordringen allemal da, wo es blutet, eine Pincette anhängen.

Legouest (Bull. 6) hat für frische Verletzungen es gut gefunden, den vorderen Lappen schichtweise zu bilden, den hinteren aber, der sich nach der Exarticulation zwischen den Händen comprimiren

lässt, in einem Zug. Bei chronischen Erkrankungen dagegen ist die Gefässerweiterung oft so beträchtlich, dass er dafür Verneuil's Verfahren billigt.

Le Fort (Bull. 7 und 8) meint, dass für alle Fälle bei dem schichtweisen Vordringen die Blutung aus den kleinen Gefässen beträchlich werde und schliesst sich an Perrin an. Wenn aber von 88 genauer bekannten Fällen 43 in den ersten 24 Stunden, 13 bis zum andern Tag und 18 in der ersten Woche tödtlich endeten, so ist daran nicht allein das bei der Operation vergossene Blut schuldig, sondern zugleich die Grösse der Verstümmelung, d. h. der Verlust des in dem entfernten Bein enthaltenen Bluts, das er nach den Untersuchungen von P. Bruns und Ranke auf 750 g berechnet. Dafür spricht, dass während im Secessionskrieg von 158 Exarticulirten 142, also $^{9}/_{10}$ starben, von 8 vorher am Oberschenkel Amputirten und erst nachträglich Exarticulirten 4 genesen sind; ebenso nach der Friedensliteratur 8 von 10. Le Fort will daher immer vorher eine Esmarch'sche Binde anlegen, eventuell noch durch eine Pelotte auf der Vena femoralis des gesunden Beines in diesem Blut ansammeln bis zum Schluss der Operation.

II. Ueber Wundbehandlung im Allgemeinen. Als Schüler von Lisfranc, welcher alles vereinigte, und von Denonvilliers, der fast nie vereinigte, hat sich Verneuil (Bull. 44) dem letzteren angeschlossen und namentlich für die Exarticulatio cox. erscheint es ihm nach dem einen Erfolg, den er erzielte, gerathener, die Wundflächen eher auszubreiten, als irgendwo aneinanderzulegen, um sicher alle Retention und Resorption zu verhüten. Ueber die Wunde legt er sodann einen antiseptischen Watteverband, der öfters befeuchtet und täglich gewechselt wird. Er nennt dies offene Wundbehandlung.

Rochard (Bull. 48) erklärt dies Verfahren für ein Zurücksinken in alte Irrthümer und führt die Erfolge von J. Roux und Arland im italienischen Krieg, von Foulcroy in Brest und Azam in Bordeaux an, um zu beweisen, dass man mit oberflächlichen und tiefen Nähten nebst Drainage gute Resultate erziele. Auch A. Guérin, welcher anfänglich die Wunden ausstopfte, presse jetzt die Wundflächen aneinander. Für die Infection öffne Verneuil das allergrösste Thor.

Richet, Legouest und Gosselin (Bull. 4 und 6) empfehlen ein Mittelding zwischen dem pansement ouvert von Verneuil und dem pansement fermé, der die prima unio anstrebt; dabei sollen die Wundflächen nur theilweise vereinigt, ebenso die Antisepsis mehr oder weniger streng durchgeführt werden. Gosselin kommt dem Lister'schen Verfahren am nächsten, er benutzt Carbolwasser und Spray bei der Operation, die Schwämme aber sind in eau-de-vie camphrée aufbewahrt, und auf die Wunde kommt eine in dieselbe Flüssigkeit getauchte 10—12 fache Gazeschicht nebst Wachstaffet. — Richet wirft dem strengen Occlusivverband, der eine vollständige prima unio anstrebt, vor, dass er nur für reine Wunden bei

guter Constitution und Luft passe; er selbst hat unter dem Watteverband von A. Guérin bei 4 Amputirten 2 Mal Tetanus und 1 Mal Eitersenkung beobachtet. Legouest meint, die Masse von Verbandstoff, wie er zur antiseptischen Watte-Occlusion nöthig ist, lasse sich jedenfalls nicht in den 44 Ambulanzwagen einer Division unterbringen.

Trélat dagegen tritt (Bull. 5) mit Berufung auf die Erfahrungen Volkmann's, v. Nussbaum's und Esmarch's für die antiseptische bezw. Lister'sche Methode mit Anstreben der prima unio und Drainage ein. Auch E. Boeckel in Strassburg habe sich zur réunion primitive bekehrt und Verneuil werde gewiss auch dahin zurückkehren.

Léon de Fort (Bull. 7, 8 und 12) findet die statistischen Resultate bei A. Guérin schlecht, bei Lister, Bardeleben und Volkmann bis 1873 resp. 1874 ebenfalls nicht glänzend. Die neusten Mittheilungen lauten zwar günstiger, allein er selbst habe im Jahr 1876 den Lister'schen Verband 5 Monate (sic) geübt und sei damit nicht weiter gekommen, als seither mit einem Verfahren ähnlich wie bei Gosselin. Er führt sodann die Erfolge von Rose und die Moskauer Wundbehandlung an, um seinen Hauptsatz zu stützen, dass die purulente Infection ihre Entstehung häufig localen und allgemeinen inneren Ursachen verdanke. Seine Bekämpfung der Lehre von den in jeder Luft enthaltenen schädlichen Keimen führt eine Menge schwacher Gegengründe ins Feld, z. B. jene Theorie erkläre nicht, weshalb nach einer Schlacht in demselben Spital mehr Besiegte als Sieger sterben u. s. f. Er meint, so gut der Organismus Sarcome u. dgl. fertig bringe, könne er gewiss auch »des globules purulents« bilden »sans l'intervention de ces germes«. Ferner: mit all den schönen Namen für diese Wesen, wie sie in Deutschland beliebt sind, komme der Chirurg nur dahin, die individuellen Verhältnisse und die Indicationen zur Operation bei den Kranken zu vernachlässigen (p. 269). Was von aussen dem Kranken Schädliches zukommt, das bringe die unreine Hand des Chirurgen und das Personal. Alle noch so differenten Wundbehandlungsmethoden seien gut, sobald sie für die Wunde Reinhaltung und Ruhe besorgen.

Jules Guérin (Bull. 13, 16, 17) missbilligt alle Halbheit, er selbst habe schon seit 1839 versucht, die offenen Wunden unter dieselben Bedingungen zu bringen, wie die subcutanen; da dies mit einfacher Occlusion nicht erreichbar sei, habe er seine Methode der pneumatischen Occlusion ausgebildet, diese Occlusion ist die vollkommenste, weil sie den Grad der Compression beliebig abändern lässt. Dass die Luft schädliche Bestandtheile enthalte, habe er lange vor Pasteur gewusst. Dass in geschlossenen Abscessen Fäulniss eintrete, sei ein Beweis gegen die unbeschränkte Giltigkeit der Keimlehre. Diese Keimlehre sei eine ingeniöse, und für die Beachtung des Werths der »subcutanen Chirurgie« nützlich gewesen; ob sie ganz richtig ist, werde erst die Zeit lehren.

Um die offenen Wunden den subcutanen Verletzungen möglichst gleich zu machen empfiehlt Guérin:

1) passende Lappenbildung, 2) genaues Anschmiegen der Oberflächen, 3) geeignete Compression, 4) anhaltenden Schutz der Wunde gegen Berührung mit der Luft, 5) anhaltende Ableitung der Gase und Flüssigkeiten, welche die Wunde liefert.

Das Alles will er mit seinem Aspirationsapparat erreichen, dessen Beschreibung und Abbildung im Bull. 16 gegeben ist. Der Apparat ist zugleich so eingerichtet, dass man antiseptische Flüssigkeiten durch die Kautschukhülle um die Wunde leiten kann. Anwendung findet diese Methode besonders bei Exstirpation von Tumoren, Exarticulationen, Gelenkwunden, offenen Fracturen, Schussverletzungen und gewissen Amputationen. Die Schmerzen verschwinden rasch unter dem Verband, Fieber ist selten, der Puls meist unter 80. Oftmals sollen Wunden wie subcutane heilen. Seine Statistik lautet:

Amputation des Oberschenkels	13	— (5 †)
- - Unterschenkels	7	— (2 †)
- - Fusses	1	
- der grossen Zehe	1	
- des Oberarms	1	
- - Vorderarms	1	

und bei Schussverletzungen, die Guérin der Reihe nach beschreibt, finden wir:

Verletzungen der Hand	5,	Heilung binnen 32 Tagen,
- des Handgelenks	1,	- ohne Fieber in 21 Tagen trotz starker Splitterung.
- - Ellbogens	2,	-
- - Oberarms	3,	-
- - Fusses	4,	- ohne Fieber
- - Unterschenkels	1,	-
- - Kniegelenks	4,	- (1 † am 21. Tag bei grosser Splitterung, durch Phlegmone und Pyaemie).

Durch diese Statistik hofft Guérin die Indicationen zur primären Amputation, wie sie 1870 Sedillot festgestellt hat, wesentlich eingeschränkt zu haben. **Mögling** (Schwenningen).

R. Davy. Amputation of the hip joint; case illustrating a new method of compressing the common iliac artery.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 704.)

Um bei der Exarticulation im Hüftgelenke möglichst Blut zu sparen, comprimirten die Amerikaner die Aorta oberhalb des Beckens und benutzte Lister sein hufeisenförmiges Tourniquet. 1874 lenkte Davy die Aufmerksamkeit auf die Compression der Aorta und Iliaca comm. vom Rectum aus; jetzt führte er sie in folgender Weise aus. Bei einem 9jährigen Knaben, der durch chronische Eiterung des Hüft-

gelenks so heruntergekommen war, dass nur Entfernung des ganzen Beines Aussicht auf Erhaltung des Lebens geben konnte, entleerte er mittelst Esmarch's Binde das Blut, führte in das entleerte, eingeölte Rectum einen nach vorn zu etwas stärker werdenden gut abgerundeten Stab und applicirte das Ende auf die rechte Iliaca comm. zwischen Lendenwirbel und Psoas; aussen stand der Stab parallel dem linken Beine; durch Heben oder Senken des äusseren Endes konnte die Arterie leicht comprimirt oder freigelassen werden. Die Operation mit grösserem vorderem und kleinerem hinterem Lappen wurde mit einem Blutverluste von einem Weinglas voll ausgeführt; die Pfanne war theilweise durchbrochen, einige lose Knochenstückchen wurden mit entfernt. Pat. wurde nach 2 Monaten als Reconvalescent mit einigen Fisteln entlassen. Die Compression der Iliaca comm. hat vor der der Aorta noch den Vortheil, dass die Circulation im gesunden Beine nicht alterirt wird. **Pilz** (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

Edel. Das Kettenbruchband. (Nebst Tafel.)

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII. Hft. 3. p. 629.)

Bei diesem Bruchband ist die Feder durch eine Kette ersetzt. Diese besteht aus einzelnen, gleichförmigen, dachziegelartig übereinander gelagerten, durch Nieten miteinander verbundenen Gliedern. Die Kette liegt gleichmässig an, federt vollkommen, übt dabei genügenden Druck aus.

Um aber die Beweglichkeit nach jeder Richtung hin, die in der That dabei stattfinden kann, etwas zu beschränken, wurden die einzelnen Glieder durch zungenförmige Fortsätze verbunden. Dadurch wurde das Abweichen aus der horizontalen Lage verhindert: Kettenbruchband mit Zungen.

Endlich um doch einigermassen die Beweglichkeit in senkrechter Richtung zu gestatten, construirte E. ein Kettenbruchband mit Schuppen. Diese sind durch kleine Nieten vereinigt und federn in horizontaler Richtung. In einem grösseren geschlossenen Ausschnitte der einzelnen Schuppe und zwar an der Basis derselben ist ein grösserer Niet befestigt, um welchen die Schuppe in senkrechter Richtung (allerdings beschränkt) sich bewegt.

Der Preis des Bandes weicht unerheblich von demjenigen anderer Bruchbänder ab. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

W. G. Weaver. A machine for preparing plaster bandage.

(Phil. med. Times 1878. p. 149.)

Obige aus Wallnuss angefertigte, 2′ hohe, 20″ breite Maschine hat zunächst an ihrem oberen Ende ein Messer, welches aus dem Bindenmaterial, Gaze etc. beliebig breite Streifen schneidet. Der so erhaltene Gazestreifen geht dann zwischen 2 kleinen Walzen hindurch, um geglättet zu werden, führt unten an einem Kasten vorbei, aus dessen unterer Oeffnung das Gipspulver auf die Binde fällt, passirt dann wieder 2 kleine Walzen, welche den Gips in die Gaze hineindrücken, den überflüssigen abstreifen, und langt endlich an der Walze mit Kurbel an, um aufgerollt zu werden. Kostenpunkt etwa 5 Dollar. Abbildung im Original.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

R. Weber. Belladonna as a remedy for collapse.

(Phil. med. Times 1878. Febr. 5. No. 266. p. 198.)

Die Collapszustände in Folge von Digitalis in grossen Dosen, ferner bei Gastroenteritis, Typhus u. s. f. schienen W. nach Darreichung von Extr. belladonnae:

0,06 pro die, bei Kindern unter 8 Jahren die Hälfte und weniger, ziemlich rasch vorüberzugehn. Theoretische Speculationen bewogen W. ferner, dasselbe Mittel gegen Cholera-Collaps zu empfehlen. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Porro. Paracentesi addominale, praticata 354 volte in un caso di cistovario.

(Annali univ. di medic. e chir. 1878. Jan.)

Bei einer 33jähr. Frau mit Cystovarium wurde die erste Punction im December 1869 vorgenommen. Im weiteren Verlaufe bis zum Tode wurden 354 Punctionen vorgenommen, und zwar im Jahr 1869—1, im Jahr 1870—12, im Jahr 1871—34, im Jahr 1872—44, im Jahr 1873—54, im Jahr 1874—108, im Todesjahr 1875—85.

Alle 354 Punctionen wurden an derselben Stelle im rechten untern Quadranten vorgenommenen. Die Punctionsstelle war schliesslich knorpelhart.

Aus der Section heben wir als besonders wichtig hervor, dass die Cyste an der hintern Wand ungemein dünnwandig ist, und dass eine Schlinge des Colon transversum, entsprechend dem 1. Lendenwirbel, sich in die Cyste hinein hernienartig vorstülpt. **Menzel** † (Triest).

Polak. Zur Behandlung der Dysenterie.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 30.)

Verf. hat in Egypten und Persien von folgender Behandlung der Dysenterie auf Kriegsschauplätzen Erfolge gesehen. Im Beginn der Krankheit thaten Bettwärme und knappe Diät gute Dienste. Nach dem wirklichen Ausbruch statt der Opiate Abends 0,15 Calomel und früh danach 15,0 Ol. Ricini, danach noch drei Tage lang früh und Abends je 5,0 Ol. Ricini. Als Getränk diente besonders Buttermilch, auch saure Milch in Wasser oder Fleischbrühe. Bei protrahirten Fällen nützte oft noch eine Seereise oder Transport in Berggegenden. Als Praeservativ ist der Genuss guten Trinkwassers oder holländischen Thees und Vermeidung des Zusammenlebens mit Dysenterischen zu empfehlen. —

v. Mosengeil (Bonn).

H. Brubaker. Two cases of intrauterine, submucous, fibroid tumor successfully treated by the use of ergot.

(Philad. med. Times 1878. No. 265.)

Fall 1. Pat., 43 Jahr alt, Primipara, seit 5 Jahren an Metrorrhagien leidend. Nach Erweiterung des Os uteri mittels des Pressschwamms liess sich die Diagnose auf ein submucöses Fibroid von etwa Kindskopfgrösse mit ziemlicher Genauigkeit stellen. Ord.: Inject. von Ergotin hypodermatisch 0,3 pro dosi alle 1—2 Tage, etwa 3 Wochen lang. Die durch die heftigen Contractionen des Uterus hervorgerufenen Schmerzen werden mit Opiaten bekämpft. Von der 2. Woche ab war die Wirkung des Ergotin eine continuirliche und nach der 3. Woche wurde das Fibroid in mehreren Stücken, die sich in mehreren Tagen nacheinander lose in der Vagina vorfanden, abgestossen. Das grösste derselben hatte die Grösse einer Orange. Keine besondere Blutung, Heilung.

Fall 2. Pat., 37 Jahr alt, Mutter von 3 Kindern, litt an einem fast ebensogrossen submucösen Fibroid, welches bei innerer Anwendung von flüssigem Ergotinextract (30,0 pro die) ebenfalls nach 3 Wochen ohne üble Zwischenfälle ausgestossen wurde. Zugleich mit dem Ergotin bekamen die Pat. Alcoholica und Chinin prophylaktisch gegen etwa sich einstellende Sepsis.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Péan. Fibroma of the uterus; operation; recovery.

(The Lancet 1877. Vol. I. p 459.)

Bei der 55jährigen anämischen Frau verrichtete Péan (Paris) am 11. Nov. 1876 wegen eines seit 3 Jahren bestehenden festen Tumors des Uterus, über welchem die venenlose Bauchdecke beweglich war, die Laparotomie. Direct unter der Portio vaginalis wurde der 4500 g schwere Tumor entfernt, nachdem mit Drahtsuturen der Vaginalstiel geschlossen war; der Stiel wurde in die Bauchwunde eingelegt.

Das Fibroid liess sich aus der muskulösen Partie leicht ausschälen; Pat. wurde am 15. Dec. geheilt entlassen. **Pilz** (Stettin).

Benjamin. A case of gestation after amputation of the cervix uteri.

(Philad. med. Times. 1878 No. 267. p. 222.)

Der hypertrophirte Cervix der 39 Jahr alten Frau, welche mehrere Male geboren hatte, war hühnereigross, er wurde $^1/_4''$ unterhalb der Vaginalinsertion abgetragen. 5 Monate später trat Conception auf. Nach abermaligen 2 Monaten wurde ein $^1/_2''$ langer aus dem Os uteri heraus hängender Polyp entfernt. Die Schwangerschaft erreichte ihr normales Ende, das Os uteri erweiterte sich in etwa 3 Stunden. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

J. L. Suesserott. Operation for the cure of fistula in ano by means of the elastic ligature.

(Phil. med. Times 1878. No. 267. p. 220.)

S. führte 1874 seine 1. Operation der Mastdarmfistel mittels der elastischen Ligatur aus und hat seitdem vielfach das Verfahren geübt und zweckmässig gefunden. Das höchst einfache Verfahren ist durch eine ganz kurz angeführte Krankengeschichte illustrirt. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Leschik. Zur Nachbehandlung des hohen Steinschnittes.

(Berl. klin. Wochenschrift 1878. No. 9.)

Verf. operirte einen 5jährigen Knaben wegen eines grossen Blasensteins durch den hohen Steinschnitt und wandte die Bauchlage des Pat., nachdem ein Drainröhrchen in die Blase eingeführt worden war, mit so gutem Erfolge an, dass keine Harninfiltration eintrat, der Knabe vom 7. Tage an auf natürlichem Wege den Urin entleerte und die Wunde in 18 Tagen geheilt war.

v. Mosengeil (Bonn).

Longstreth. Dislocation of cervical vertebrae, with injury of the spinal cord.

(Philad. med. Times 1878. p. 304.)

Ein 37jähriger Mann fiel von einer nur einige Fuss hohen Mauer, auf welcher er sass, rücklings zur Erde und streifte dabei den Rücken besonders in der Schultergegend. Beide untere Extremitäten und der linke Arm waren total gelähmt, der rechte nur theilweise. Der Kopf konnte nur mit Mühe nach rechtshin gedreht werden. Von der Brustwarze abwärts vollständige sensible Lähmung, an den oberen Extremitäten vom Deltoides abwärts. Retention von Koth und Urin; Priapismus. Vom 3. Tage ab traten heftige Respirationsbeschwerden ein, 48 Resp. per Minute, Puls 116, Temperatur 38,°7; die Dyspnoe nahm bis zu dem am 5. Tage erfolgenden Tode beständig zu. Die Section ergab: 1) Fractur des Proc. spinos. des 1. und 2. Rückenwirbels etwa in der Mitte. 2) Luxation des 5. Halswirbels; derselbe war von seiner untern Zwischenwirbelscheibe gelöst und nach vorn geglitten, wobei Zerreissung aller Bänder mit Ausnahme des Lig. longitud. ant. und intertransvers. eingetreten war. Rückenmark an der Knickungsstelle erweicht, geröthet, stellenweise in Detritus verwandelt; Pia mater stark geröthet.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Hartmann. Uebersicht über die vom 1. October 1873 bis 1. October 1876 in der chirurgischen Klinik zu Bonn ausgeführten grösseren Amputationen.

Inaug.-Diss. Bonn. 1878.

In einer sehr übersichtlichen Weise behandelt Verf. das oben genannte Thema, wodurch die Resultate der Lister'schen Methode auf der Bonner Klinik illustrirt werden. Es wurden 64 Amputationen an 62 Pat. ausgeführt. 9 Fälle verliefen tödtlich, worunter nur einer in Folge von Septikämie, 4 durch Tuberkulose bedingt.

Die Operationen in Folge von pathologischen Ursachen hatten, entgegengesetzt der hierüber früher geltenden Ansicht, weniger gute Resultate, als die nach Traumen ausgeführten, bei welchen durch die Lister'sche Methode die Wundkrankheiten beschränkt wurden. **v. Mosengeil** (Bonn).

C. Hüter. Demonstration von resecirten Kranken, von Knochenpräparaten und des Präparats einer Blutcyste vom Hals.

(Sechster Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

1) Doppelseitige Fussgelenkresection.

H. stellt einen Knaben vor, dem im September 1876 das rechte, im November das linke Fussgelenk resecirt worden; rechts war die Resection eine totale, links eine partielle (Tibia erhalten), jedoch wurde der Talus fast ganz entfernt, der Calcaneus ausgehöhlt. Die Form des letzteren Fusses ist die bessere. Um den Abfluss der Wundsecrete zu regeln hatte H. die stehen gebliebene Corticallamelle des Calcaneus durchbohrt und ein Drain durchgeführt.

2) Fall von Fussgelenkresection, vor 7 Jahren wegen vereiterter Malleolenfractur ausgeführt. Der Fuss fungirt ganz normal, im Resectionsspalt existirt eine Beweglichkeit von 10—15°. H. findet, dass diese Beweglichkeit doch in der Regel eintritt.

3) Demonstration einiger Präparate von Ellenbogengelenkresectionen. Es zeigen sich in dem einen Fall 3 verschiedene »osteomyelitische« Herde.

4) Ein Fall von Blutcyste der seitlichen Halsgegend. Ein 27jähriger Mann bekam vor 3 Jahren während des Militärdienstes eine langsam wachsende Anschwellung der rechten Halsseite, die sich schliesslich vom Kieferwinkel bis zur Clavicula erstreckte. Punctionen entleerten 2 Mal seröse Flüssigkeit, zum 3. Mal Blut. Pat. wurde nach Greifswald geschickt.

H. legte den Tumor frei (Durchschneidung des Kopfnickers) und suchte ihn herauszuschälen. Dabei riss die Wand ein, und es stürzte sofort eine Masse Blut heraus. Compression oben und unten, Anlegung einer provisorischen Ligatur um die Carotis. Hierauf mühsames Herauslösen der Sackwandung, die sich bis zwischen Carotis externa und interna erstreckt und mit der hinteren Pharynxwand verwachsen ist. Die Carotis liegt jetzt ganz frei präparirt; die Jugularis ist nicht vorhanden. Beim Aufheben der Digitalcompression am centralen Ende wird ein weit klaffendes Venenlumen sichtbar, das sofort Luft aspirirt. Unterbindung. Dieses hält H. für das centrale Ende der Jugularis, an deren Stelle im Uebrigen die Blutcyste getreten ist. Die Entstehung derselben ist vielleicht so, wie in dem Koch'schen Fall zu erklären, d. h. als Bildungsanomalie. —

A. Genzmer (Halle a/S.).

Brand. Luxatio cruris anterior, fractura capituli fibulae.

(Bayr. ärztliches Intelligenzbl. 1877. No. 52. p. 543.)

Pat., dessen Alter nicht angegeben ist, wurde von einer Kuh rückwärts auf Steine und Holz geworfen; nähere Angaben über das Zustandekommen der Verrenkung nach vorn fehlen. Das Bein ist 8 cm verkürzt, das Lageverhältniss der Theile das gewöhnliche. Reposition am selbigen Tage leicht ausführbar. Lagerung des Beins in flectirter Stellung; nach etlichen Tagen Wasserglasverband, der bis zum 28. Tage liegen bleibt, hernach Bewegungsversuche mit Zerreissung von Adhäsionen ohne wesentliche Reaction; am 32. Tage erster Gehversuch und in Kurzem, nach Beseitigung partieller Lähmungserscheinungen und localer Anästhesie der Haut mittelst des Inductionsstromes, ausgiebige Gebrauchsfähigkeit. Fibularbruch geheilt. **Mögling** (Tübingen).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 33. **Sonnabend, den 17. August.** **1878.**

Ueber eine moderne Erkrankung der unteren Extremitäten.

Von

Dr. **Kraussold** in Frankfurt a/M.

Ueber eine moderne Erkrankung der unteren Extremitäten oder über eine Erkrankungsform der modernen unteren Extremitäten, möchte ich mir erlauben, den Herren Collegen heute eine kurze Mittheilung zu machen.

Es kam mir in den letzten Wochen 2 Mal vor, dass ich zu Damen gerufen wurde, die über heftige Schmerzen in den Unter- und Oberschenkeln klagten, mit zeitweise auftretenden, reissenden Schmerzen im Knie, die sich zumal beim Versuch, das Bein activ oder passiv vollständig zu strecken, auch wenn diese Manipulation ganz langsam gemacht wurde, so verschlimmerten, dass eine vollständige

Streckung im Kniegelenk unmöglich war. Die Diagnose einer Kniegelenksentzündung, die in dem einen Fall von einem Barbier gestellt war, vermochte ich nicht zu bestätigen, da eben kein einziges für eine derartige Affection sprechendes Symptom vorhanden war. Eine objective Untersuchung ergab nichts, als eine Contractur der zu den beiden Seiten der Fossa poplitea befindlichen Muskeln; die Sehnen der Mm. biceps, semimembranosus, semitendinosus waren straff angespannt und hielten, wurde eine forcirte Streckung versucht, den Unterschenkel in einem nach hinten offenen stumpfen Winkel fest, wobei Schmerz geklagt wurde. Auch stärkerer Druck auf die Sehnen war schmerzhaft. Die Bewegungen im Hüftgelenk waren vollständig frei und schmerzlos; die Bewegungen im Fussgelenk waren, verglichen mit den am normalen Fuss möglichen Excursionen, im Sinne der Dorsalflexion behindert, indem sich dabei die Tendo Achilles anspannte und über ziehende Schmerzen in der Wade geklagt wurde. Die Erscheinungen waren in beiden Fällen die gleichen, nur in dem einen Fall auf der rechten Seite mehr ausgesprochen, als auf der linken. Sie waren allmälig entstanden und hatten die Höhe erreicht, dass ein längeres Gehen, zumal auf Pflaster, nicht mehr möglich war.

Wir konnten uns keine Ursache dieser Affection denken, und wurden zufällig durch den Anblick einer sogenannten Fussbekleidung auf die, wie mir scheint, richtige Idee gebracht. Dieses Stiefelchen (s. v. v.) stellte bei genauer Betrachtung einen an alles Andere mehr, als an die Form eines Fusses erinnernden Körper dar, auf dessen Sohlenfläche, fast in der Mitte, sich eine spitz zulaufende, pyramidale Protuberanz befand, die sich mit einer concaven Ausbuchtung gegen die Ferse zu abflachte, während sie nach vorn zu steil abgeschnitten war. Dieser Höcker hatte eine Höhe von 7—8 cm und seine Spitze hatte einen Durchmesser von $2^1/_2$ cm. Die der Dorsalfläche des Fusses und der vorderen Unterschenkelfläche anliegende Seite dieser Fussbekleidung bildete beim Stehen kaum einen Winkel, sondern zog in fast gerader Richtung von oben nach unten; dadurch bekam der keineswegs kleine Fuss ein äusserst zierliches Ansehen. Es war mir sofort klar, dass die erwähnte Affection allein durch diese Fussbekleidung bedingt war, dass sie ein Product dieser seit Jahren mit Energie betriebenen Stöckelmode sei. Eine Revision der vorhandenen Exemplare ergab, dass alle, selbst die Hausschuhe mit diesem zur Herstellung eines künstlichen Spitzfusses recht dienlichen Höcker versehen waren, sodass der Fuss nur des Nachts in seinen Apparat nicht eingezwängt war. Es wurde sogar, nachdem ich darauf aufmerksam gemacht hatte, in dem einen Fall zugegeben, dass man sehr wohl schon bemerkt habe, dass sich die Schmerzen mit dem Steigen des Absatzes auch steigerten, allein es sei eben einmal Mode.

Die Art und Weise des Zustandekommens dieser Affection kann man sich sehr leicht erklären, wenn man sich selbst einmal, etwa

durch Unterlegen eines Buches unter die Ferse, in diese Position zu versetzen sucht, oder den Gang eines mit einer derartigen Fussbekleidung versehenen Individuums beobachtet, wozu sich unsere modern gekleideten Damen vorzüglich eignen. Es ist dies kein freier gerader Gang, kein ungehindertes Einherschreiten, sondern man schiebt sich, Beine und Hüftgelenke gebeugt, mit unsicheren, zum Theil durch Beckenverschiebungen hervorgebrachten seitlichen Bewegungen vorwärts, ähnlich wie Leute mit durch Coxitis ankylotischem Hüftgelenk. Diese Beugung nun ist ein einfacher Effect der Stöckelerhöhung. Der Schwerpunkt des Körpers wird dadurch weiter nach vorn verlegt und um dies zu compensiren, tritt dann neben der Volarflexion des Fusses die Beugung im Knie- und Hüftgelenke ein. Während des Gehens mit diesen Absätzen muss also, um im Gleichgewicht zu bleiben, beständig eine Beugung im Knie- und Hüftgelenk erhalten werden, und als den Endeffect dieser durch Monate, durch Jahre einwirkenden Schädlichkeit fasse ich die beschriebene Affection auf.

Meine Anordnungen bestanden in dem Rath, sich vernünftiger Fussbekleidung zu bedienen, und irgend einer gleichgültigen Arzneiflüssigkeit zum Einreiben, was ich in der Art einer centrifugalen Massage an der Streckseite der Extremitäten vornehmen liess. Bemerkenswerth erscheint mir noch, dass der erste Effect des rationellen Stiefelchens in dem einen Fall eine Steigerung der Schmerzen beim Gehen war, die jedoch in wenigen Tagen nachliessen und sich mit der Fähigkeit, im Knie wieder extendiren zu können, ganz verloren.

Ich glaube, dass wenn unsere Damen diese Mode noch einige Zeit mit Geduld ertragen, diese Affection öfter zur Beobachtung kommen wird. Es ist mir nicht bekannt, ob sie schon beschrieben ist, oder ob sie auch im Mittelalter beobachtet wurde, als das Product der damals in ähnlicher Weise wie jetzt cultivirten Stöckelmode.

Juli 1878.

Rüdinger. Topographisch-chirurgische Anatomie des Menschen. Mit 43 Tafeln in Lichtdruck, enthaltend 132 Figuren; mit 4 Stahlstichtafeln und 27 Holzschnitten.

Stuttgart, J. G. Cotta'sche Buchhandlung, 1878.

Verf. legt uns in seinem vortrefflichen Werke ein Lehrbuch der topographischen Anatomie vor, welches sowohl den Studirenden als auch den Aerzten und ganz besonders auch den Chirurgen von Fach sehr willkommen sein muss. Die Darstellung ist übersichtlich, die zahlreichen beigegebenen Illustrationen sind höchst gelungen. R. hat es verstanden, das schwierige Studium der Topographie der Körperregionen wesentlich zu erleichtern. Die den beiden ersten, schon 1873 erschienenen Abtheilungen (Topographie der Brust und des

Bauches) beigegebenen Abbildungen wurden auf photographischem Wege nach Flächendarstellung und gefrorenen Durchschnitten gewonnen und mit Hülfe des Gemoser'schen Lichtdruckes wie die übrigen Illustrationen, ohne Beeinträchtigung des photographischen Originals, vervielfältigt und colorirt. In der 3. und 4. Abtheilung wird die Topographie des Kopfes, Halses, der oberen Extremitäten, der Beckengegend und der unteren Extremitäten abgehandelt. Die mannigfachen Beziehungen der topographischen Anatomie zur operativen Chirurgie und zur inneren Medicin werden hier und da nach Möglichkeit berücksichtigt.

Ref. ist der festen Ueberzeugung, dass das Werk R.'s Jedem, der sich über die topographischen Verhältnisse dieser oder jener Körperregion orientiren will, als ein vortrefflicher anatomischer Wegweiser und Führer dienen wird und empfehlen wir dasselbe auf das Angelegentlichste.

Die Ausstattung des Buches ist ausgezeichnet, sie gereicht der renommirten Verlagshandlung zur Ehre. Der Preis von 52 ℳ ist im Verhältniss zu der reichen Ausstattung des Werkes gering.

H. Tillmanns (Leipzig).

D. Finkler. Beiträge zur Lehre von der Anpassung der Wärmeproduction an den Wärmeverlust bei Warmblütern.

(Pflüger's Archiv Bd. XV. p. 601—633.)

Colasanti hatte (unter Pflüger's Leitung) gefunden, dass Meerschweinchen bei Abnahme der Temperatur der Luft constant mehr Sauerstoff verbrauchen und dem entsprechend mehr Kohlensäure produciren; und zwar bleibt das Verhältniss zwischen Sauerstoffverbrauch und Kohlensäurebildung, gleichviel in welchem Grade, entsprechend der Aussentemperatur, diese Factoren bei der Wärmeregulation sich ändern, für dasselbe Thier ein durchaus constantes. Diese Beobachtung wird von F. bestätigt; in Erweiterung der Colasanti'schen Versuche findet er ferner, dass die Variation der Wärmeproduction gegenüber grosser Differenzen der umgebenden Temperatur erhebliche individuelle Schwankungen zeigt. Bei sehr kräftigen Thieren sah er, dass die Wärmeproduction durch eine Abnahme der Umgebungstemperatur — von ungefähr 24° C. auf mehr, als den doppelten Werth ansteigen kann. Der Einfluss des Winters steigert den Stoffwechsel des Meerschweinchens im Verhältniss zum Sommer um ca. 23%, führt also eine Veränderung der Wärmeproduction im Allgemeinen herbei, analog dem Verhalten derselben gegenüber kürzer dauernden Erniedrigungen der Umgebungstemperatur. Wegen der übrigen Resultate, die von spezifisch physiologischem Interesse sind, sei auf das Original verwiesen.

J. Munk (Berlin).

B. Riedel. Zur Fettembolie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. VIII. Hft. 6.)

Unter 11 Individuen, welche in der Göttinger chirurgischen Klinik an Knochenverletzungen starben, konnte 9 Mal bei der Section flüssiges Fett in den Blutgefässen nachgewiesen werden. — Nach tödtlich endenden Weichtheilverletzungen fand man bei 2 fettleibigen Personen deutliche Fettembolie in den Lungen. — Unter diesen 11 positiven Befunden musste 2 Mal die Fettembolie als eigentliche Todesursache angesehen werden.

Im Anschluss an diese Beobachtungen wurden an Kaninchen und an einem Hunde einschlägige Experimente gemacht. — Dieselben lehrten, dass bei künstlich erzeugten Fracturen in der Regel variable Fettmengen in den Lungen vorhanden waren; jene werden nur von den Blutgefässen zu den Lungen geleitet, von den Lymphgefässen deshalb nicht, weil das Fett in den Lymphdrüsen zurückgehalten wird. — Wurden Fettinjectionen in die Weichtheile oder in die Bauchhöhle gemacht, so genügte meistens die Menge von 1—2 g Ol. olivar., um den Tod des Kaninchens hervorzurufen.

Die Ecchymosen, welche man bei Menschen und Thieren constant in den Lungen findet, entstehen durch hämorrhagische Infarcte, seltener durch Gefäss-Rupturen.

Auch das Endocardium, die Magenschleimhaut, das Bauchfell und die Gehirnoberfläche fand R. gelegentlich mit Ecchymosen besetzt. — Den durch die Fettembolie eintretenden Tod erklärt R. in der Weise, dass durch Anfüllung der Alveolen der Lunge die letztere derart insufficient wird, dass das Individuum an Kohlensäure-Intoxication zu Grunde geht. **Wölfler** (Wien).

V. Brigidi. Intorno alle alterazioni trovate nel simpatico in un caso d'ipermegalia.

(Imparziale 1878. No. 4.)

In einem Falle von Pseudohypertrophie (Hypermegalie) der Muskeln (30jähriger Mann) fand Verf. nach dessen Tode die Venen der Sympathicus-Ganglien, insbesondere der Halsganglien cylindrisch oder sackförmig erweitert, die Arterien ebenfalls weiter. Die Nervenzellen waren an Zahl geringer, atrophisch und pigmenthaltig, das Bindegewebe vermehrt und hie und da sclerosirt. Die Nervenfasern waren verschmächtigt und hie und da durch Bindegewebe ersetzt.

Menzel † (Triest).

J. Kolaczek. Ueber das Angio-Sarkom.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. IX.)

Verf. unterwirft die von den verschiedenen Autoren unter dem Namen »Cylindrom«, »Syphonom«, »Cancroid mit hyaliner Degeneration«, »Papilloma myxomat«., »perivascul. Sarkom« beschriebenen Geschwülste einer sorgfältigen, kritischen Besprechung, und fasst alle

diese Geschwulstformen unter dem von Waldeyer eingeführten Namen Angio-Sarkom zusammen; denn alle diese Geschwülste haben sich wahrscheinlich aus den Wandungen der Gefässe entwickelt. —

Daran reiht der Verf. eine genaue Beschreibung von 14 eigenen Beobachtungen, aus welcher die klinischen und histologischen Merkmale des Angio-Sarkoms hervorgehen. —

Dieselben zeigen auf Durchschnitten meist einen alveolären Bau, unter dem Mikroskope ein reticulirtes Aussehen, welches der Ausbreitungsweise der Capillaren entspricht. Statt einer netzförmigen Anordnung findet man auch Zellstränge, welche Blutkörperchen oder Derivate derselben enthalten. —

Nebst der Grundsubstanz können auch die meist epithelähnlichen Zellen hyalin degeneriren und so jene glasigen Zellmäntel darstellen, welche den Cylindromen zukommen. —

Die Angio-Sarkome finden sich am häufigsten in der Orbita und im Oberkiefer; sie wachsen im Allgemeinen langsam und pflegen nicht zu vereitern. — Werden sie exstirpirt, so recidiviren sie in der Regel sehr rasch; allgemeine Metastasen werden nur selten beobachtet. — **Wölfler** (Wien).

Köhler. Die wichtigeren Vorkommnisse auf der Klinik des Prof. Bardeleben im Jahre 1876.

(Charité-Annalen III. Jahrg. p. 405 ff.)

Der Jahresbericht enthält alle wichtigeren Krankheitsfälle, welche im Jahre 1876 zur Behandlung und innerhalb dieses Jahres zum Abschluss kamen. Weniger wichtige Krankheiten haben nur Erwähnung gefunden, wenn ihr Verlauf den Werth des antiseptischen Verbandes besonders zu beleuchten geeignet war. Ausgeschlossen sind alle einfachen Fracturen, Luxationen, chronische Gelenkkrankheiten, Verbrennungen und Erfrierungen, sofern sie nicht besonderes Interesse boten. Die Wundbehandlung war die antiseptische. Es wurde wie früher der nasse Carboljute-Verband, und nur in vereinzelten Fällen, bei sehr reizbarer Haut, der trockene Salicyljute-Verband angewandt. In den warmen Monaten wurde wegen der leichteren Verdunstung der Carbolsäure statt der gewöhnlich gebrauchten 1½%igen eine 2%ige Lösung dieser Säure verwandt. Carbolintoxicationen kamen nicht vor; Carbolharn häufig, doch ohne üble Nebenwirkungen. Die complicirten Fracturen wurden mit dem früher beschriebenen antiseptischen Gypsverbande behandelt.

Es gelangten etwa 2000 äusserlich Kranke zur Entlassung; von diesen sind ohne Ausnahme erwähnt:

1) alle in der Anstalt selbst entstandenen accidentellen Wundkrankheiten;

2) alle Fälle von Del. trem.;

3) die Fälle von Chloroformtod;

4) alle Amputationen der grossen Röhrenknochen;
5) alle Exarticulationen in grossen Gelenken;
6) alle Gelenkresectionen;
7) alle complicirten Fracturen der grossen Röhrenknochen.

Accidentelle Wundkrankheiten.

I. Erysipele kamen im Ganzen 23 vor, und zwar 10 bei nicht aseptisch verlaufenen resp. behandelten Fällen, 8 bei aseptisch verlaufenen Fällen, 5 gingen nicht von der Stelle der ursprünglichen Verletzung aus. Nur in einem Falle war das Erysipel directe Todesursache. Verf. folgert aus seinen Erfahrungen die Sätze:

1) dass Erysipele auch bei ganz aseptisch verlaufenden Wunden, allerdings sehr selten, vorkommen;

2) dass diese Erysipele im Ganzen sehr milde verlaufen.

II. Pyämie und Septhaemie traten bei 6 Fällen in der Anstalt auf.

a) Pyämie (4):

1) traumatische Entzündung des Kniegelenks. Punction mit Dieulafoy, Entleerung von Eiter, Ausspülung mit Carbolsäure. Wunde mit englischem Pflaster verklebt. Am nächsten Tage Erysipelas der Kniegegend von Blutegelstichen (ausserhalb der Anstalt applicirt) ausgehend, 6 Tage dauernd. Nach 12 Tagen grosse mit dem Kniegelenk communicirende Eiteransammlung in der Mitte des Oberschenkels. Incision, stinkender Eiter. Jetzt antiseptischer Verband. Schüttelfröste, Tod. Die eine Vermuthung des Verf., dass der Abschluss durch das Heftpflaster mangelhaft gewesen und dadurch den Fäulnisserregern der Zutritt zum Gelenke ermöglicht worden sei, ist wahrscheinlicher, als die andere, dass die zur Ausspülung verwandte $1^1/_2$%ige Carbollösung insufficient gewesen sei.

2) Zermalmung des Fusses mit Ausnahme von Talus und Calcaneus, Blutergüsse bis zum mittleren Drittel des Unterschenkels. Am nächsten Tage Amputation nach Pirogoff. Vom Abend des 2. Tages nach der Operation ab febris contin. remitt. mit Abendtemparaturen von 40,0. Am 6. Tage Phlegmone, am 7. Erysipelas, am 15. Pleuritis, am 25. braunrothe missfarbene Sputa, am 29. Tod. Niemals Zersetzung des Wundsecrets, kein Schüttelfrost. Section ergab zahlreiche Lungeninfarcte, Venen am Unterschenkel bis unmittelbar an die Wunde durchgängig, ihre Wandungen ohne jede Abnormität;

3) Complicirte Fractur des Fussgelenks bei einer 72jähr. Frau (Splitterbruch des Malleol. int., Bruch des Talus und der Fibula). Conservative Behandlung. Vom 5. Tage an Fieber, vom 11. an stinkendes Secret. Am 13. Tage epileptiformer Anfall. Danach und am 19. und 23. Tage starke parenchymatöse Nachblutung. Am letzteren und 25. Tage Schüttelfrost. Am 28. nochmalige Nachblutung aus dem Spalt zwischen Talus und Tibia. Resection des Malleol. int., worauf 2 Esslöffel stinkenden Eiters aus der Wunde abfliessen. Kein

offenes Gefäss aufgefunden. Trotz täglicher Desinfection keine Asepsis erzielt. Tod an Pyämia multiplex.

4) Complicirte Fractur der Tibia mit starker Weichtheilquetschung. Mit Wundemphysem aufgenommen. Nach 24 Stunden 40,1 Temperatur. Berieselung mit Salicyllösung. In den nächsten Tagen acut purulentes Oedem. Am 7. Tage Amputatio fem. in eitrig infiltrirtem Gewebe. Tod nach wenigen Stunden.

b) Septhämie (2):

1) Quetschung beider Füsse, starke subcutane Weichtheilzermalmung und Fractur der Fusswurzelknochen. Nach einigen Tagen Hautgangrän an beiden Malleol. des rechten Fusses. Von jetzt ab antiseptischer Verband. Am 11. Tage stinkender Eiter, am 12. Durchbruch desselben in das Fussgelenk. Resection des Mall. ext. Febris contin. remitt. mit Abendtemperaturen von 41,0. Tod an Septikämie.

2) Frostgangrän beider Füsse. Am 9. Tage nach der Aufnahme deutliche Demarcation, aber auch schon Zeichen septischer Infection (Temp. 40,5). Amputation beider Unterschenkel. Vom 2. Tage an wieder 40 Temperatur, Nekrose der Hautlappen. Tod an Sepsis.

Delirium tremens bekamen 12 Verletzte. Als Hauptmittel wurde Morphium subcutan, und nur in vereinzelten Fällen Chloralhydrat gegeben. Die Resultate sollen bei dieser Behandlung günstiger gewesen sein, als im Vorjahr, wo meist grosse Dosen Chloral (5,0) gegeben wurden.

Chloroformtod kam 4 Mal vor unter pr. pr. 12—1500 Narkosen. In allen 4 Fällen waren nur geringe Mengen Chloroform gebraucht. Nicht nur diese Unglücksfälle, sondern eine auffallende Menge ungünstiger Narkosen veranlasste die Einführung des Chloralchloroforms und Aethers. Seitdem kamen keine ungünstigen Narkosen mehr vor. (Fortsetzung folgt.)

Rinne (Berlin).

Hermann. Ueber den praktischen Werth der Massage-Behandlung.

(Pester med. chir. Presse 1877. No. 50. Dec. 16.)

Nach einigen einleitenden historischen Worten giebt H. die Krankengeschichte einer mit Massage behandelten Fussgelenkdistorsion, welche jedoch nichts Interessantes bietet. Bei einem Fall von Hämarthros im Knie gelang es dem Verf. durch die Massage den Erguss in 6 Tagen zu entfernen. Nach Knochenbrüchen will H. das Kneten und Streichen in Rücksicht auf den Callus nicht angewendet wissen.

Leisrink (Hamburg).

H. Walton. On cases of inherited syphilis.

(Med. times and gazette 1877. Dec. 1.)

Verf. berichtet über drei Fälle von hereditärer Syphilis des Auges, die gewöhnlich als Iritis aufgefasst werden, aber seiner Ansicht nach

stets als Ophthalmitis, d. h. Affection des gesammten Augapfels angesehen werden müssen.

1. Fall: 15jähriges Mädchen. Auf dem rechten Auge können Finger in einer Entfernung von einem Fuss nicht gezählt werden; links Sehschärfe ebenfalls herabgesetzt, aber weniger. Auf beiden Augen, links etwas mehr ausgesprochen als rechts, Röthung der Sclera namentlich in der Ciliarregion, hintere Synechien der Iris, Glaskörpertrübungen. Links die Gefässe der Retina gar nicht, rechts kaum sichtbar. Pat. ihrer Erinnerung nach niemals ganz gesund, zahlreiche entzündliche Augenaffectionen.

2. Fall: 14jähriges Mädchen. Rechts vollkommener Verlust des Sehvermögens, links gerade nur soviel vorhanden, dass sie den Weg in ihrem Quartier finden konnte. Hyperämie der Scleren beiderseits, starke parenchymatöse Trübung der rechten Hornhaut, so dass Pupille und Iris unsichtbar waren; dieselbe links noch ausgebreiteter, aber dünner, sodass man sehen konnte, dass die Iris verfärbt, der Pupillenrand in weiter Ausdehnung adhärent war. Augen leidend, so lange sie sich erinnern konnte, in der letzten Zeit starke Verschlimmerung.

3. Fall: 18jähriger Mann; objectiver Befund und subjective Beschwerden genau wie bei No. 2, nur etwas weniger schwer. Dabei besteht vollständige Taubheit seit den letzten Jahren.

Bei allen drei Patienten fanden sich die Hutchinson'schen Zähne, die Verf. für ein untrügliches Zeichen der hereditären Lues hält. No. 1 war das erste Kind, No. 2 das erste nach vorausgegangenem Abortus, hatte Narben von früheren Geschwüren in den Mundwinkeln; No. 3 charakterisirte sich als specifisch durch die Ohrenaffection.

Nachdem Verf. die gewöhnlichen Symptome der hereditären Syphilis erwähnt hat, macht er darauf aufmerksam, dass dieselben entweder schon beim Neugeborenen, oder erst im weiteren Verlauf der Kinderjahre auftreten, aber bis in das spätere Alter andauern können. Es besteht kein wesentlicher Unterschied zwischen einer hereditären syphilitischen Ophthalmitis und einer Ophthalmitis, die bei einem Erwachsenen als Symptom secundärer Syphilis auftritt. Nur fehlen bei der ersteren wohl immer die für die Affection bei Erwachsenen so charakteristischen Gummata am Pupillenrande, und der Verlauf ist mehr subacut, schleichend und remittirend.

Verf. behandelt seine Fälle mit Quecksilber; sehr junge Individuen mit Inunctionen, älteren giebt er das Quecksilber innerlich in Verbindung mit Extract. hyoscyami, und empfiehlt dringend, dabei auf die allgemeine Ernährung zu achten. Er betrachtet die von ihm beschriebene Affection für die innere Therapie ziemlich zugänglich, selbst nach Jahre langem Bestehen, und erzielte auch in den oben erwähnten Fällen bedeutende Besserung. **H. Wildt** (Berlin).

H. Kraussold (Frankfurt a/M.). Ueber eine operative Methode der Bekämpfung der beginnenden Pyämie.

(Arch. für klin. Chir. 1878. Bd. XXII. Hft. 4.)

In der Erlanger Klinik wurde bei einem 29jährigen Manne, bei welchem sich nach einer vor 6 Monaten erfolgten Unterschenkelfraktur ein grosses Aneurysma art. tibialis posttraumaticum in Form eines grossen, $57\frac{1}{2}$ cm im Umfang haltenden Tumors entwickelt hatte, die Amputation des Oberschenkels dicht über dem Kniegelenk mit vorderem Hautlappen gemacht. Eine Nachblutung am Nachmittag des 2. Tages aus der Art. femoralis machte eine erneute Unterbindung derselben in der Wunde nöthig. Die Nachblutungen traten noch 2 Mal auf; die Arterie wurde jedesmal an Ort und Stelle isolirt unterbunden. — Während der Unterbindung waren die antiseptischen Cautelen vernachlässigt worden. Es trat Zersetzung der Wundsecrete ein, die Wunde wurde nun offen behandelt. Am 4. Tage trat ein heftiger Schüttelfrost (Temp. 41,5° C.) ein. Da Eiterung im Thrombus der Vena femoralis vermuthet wurde, löste man deren Ligatur, entfernte den Thrombus, worauf sich aus dem Gefässe eine graurothe, missfarbige Flüssigkeit entleerte. Es wurde nun in der Narcose die Vena femoralis blosgelegt und nach doppelter Unterbindung bei gesund aussehender Wandung derselben ein 2—3 cm langes Stück exstirpirt. Die Wunde wurde antiseptisch behandelt. Pat. wurde geheilt.

K. führt aus der Literatur noch 2 Fälle von Lee an, der bei eitriger Thrombophlebitis der Hand erfolgreich oberhalb derselben die Venen unterband, wobei er mittheilt, dass schon Hunter einen Verschluss der Venen durch Compression empfohlen habe. Petit theilt ferner 2 tödtlich verlaufene Fälle mit. **Maas** (Freiburg i/B.).

A. Hartmann. Die galvanokaustische Behandlung des Stockschnupfens.

(Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. IX. Hft. 1 und 2.)

Beim Stockschnupfen sind in der Regel der convexe Theil der unteren Nasenmuschel und der hintere Theil des Septum angeschwollen; diese Gegenden werden mittelst einer feinen, bis zum Weissglühen gebrachten Platinspitze durch Stichelung oder durch Bestreichen kauterisirt. — Das Verfahren ist wenig schmerzhaft; meist sind zur Besserung der Symptome nur 2—3 Sitzungen nöthig. Verf. hat in dieser Weise 12 Fälle mit Erfolg behandelt. —

Im Anschluss daran eine Krankengeschichte:

Bei einer nach Entzündung der Nasenschleimhaut zurückgebliebenen Geschwürsbildung und Verwachsung der beiden unteren Nasenmuscheln mit dem Septum wurde die auf der einen Seite verknöcherte Narbe mit dem Galvanokauter durchtrennt; später trat zum Theil wieder Verwachsung ein, das Gefühl des Verstopftseins war jedoch dauernd verschwunden. **Wölfler** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

A. F. Mc Gill. Note on the antiseptic dressing of wounds.

(Edinb. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 637.)

Um den Kostenaufwand für das antiseptische Verbandmaterial durch selteneren Verband zu vermindern und den Wunden durch möglichste Schonung Ruhe zu lassen, benutzt G. als Einlage zwischen die Carbolgazeschichten in Carbolsäurelösung getauchte Hede. Um bei reichlicher Secretion die schnelle Durchtränkung und Anhäufung des Secrets zu verhindern, half sich Verf. dadurch, dass er das Drainrohr, welches seitliche Löcher nur in der Wundhöhle trug, bis weit über den Verband hinaus in eine mit etwas carbolsäurehaltigem Wasser gefüllte Flasche führt. Das Drainrohr muss natürlich unter das Wasserniveau eintauchen, und ist, um nicht comprimirt zu werden, durch eine Drahtspirale gesteift; die angefüllte Flasche wird nach Verschluss des Gummischlauches durch eine Klemme entleert und mit etwas Carbolwasser gefüllt wieder vorgelegt, dann die Klemme entfernt. Auf diese Weise soll man den Verband seltener zu erneuern brauchen.

Pilz (Stettin).

Bryant. Case of protracted syncope under the administration of Chloroform. — Guy's hospital.

(Med. times and Gaz. 1878. Febr. 16.)

Ein 57jähriger Arthritiker mit Caries des Metatarsophalangealgelenks der linken Grosszehe wurde chloroformirt; er begann sofort sich zu sträuben, nicht allzusehr, aber in convulsivischer Weise; weiteres Chloroform aufgegossen; plötzlich Aufhören von Puls und Respiration. Sofort künstliche Athmung nach Hervorziehen der Zunge. 4 Minuten lang an den Art. femorales kein Puls zu fühlen; 4 Tropfen Amylnitrit auf ein Tuch gegossen und dem Pat. vor die Nase gehalten. Sofortige Rückkehr des Pulses und der Respiration. Vollendung der Operation unter Aether.

Verf. warnt vor der allzudreisten Anwendung des Chloroform bei robusten Potatoren; er empfiehlt beim Aussetzen von Puls und Respiration neben der sofort einzuleitenden künstlichen Athmung mit Hervorziehen der Zunge das Einathmen von Amylnitrit. Hat dies nach 5 Minuten keinen Erfolg, die Tracheotomie, zuletzt die Electropunktur des Herzens. (?) **H. Wildt** (Berlin).

Hamilton. Chloroform poisoning. — Royal free hospital.

(Med. times and gaz. 1878. Jan. 12.)

Ein heruntergekommener Medicinalpfuscher, luetisch und Potator, nahm etwa 35 g Chloroform zu sich. $3/4$ Stunden später noch Fähigkeit zu gehen, sonst aber Benehmen wie das eines Betrunkenen. Magenpumpe. Kurz darauf Schwinden des Bewusstseins, unregelmässige Athmung und Puls. Künstliche Athembewegungen, Reizmittel auf die Haut und per Rectum. Nach etwa 12 Stunden Rückkehr des Bewusstseins, Herzaction noch immer sehr schwach, beschleunigt; Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen. Plötzlich Synkope beim Stuhlgang, Tod 26 Stunden nach der Vergiftung. — Die Obduction ergab in den Gehirnhäuten mässig starke Anfüllung der Blutgefässe, sonst im Gehirn nichts Abnormes. Subpericardiale Petechien; starke Hyperämie und Oedem der Lungen. Kleine Erosion im obern Theil des Oesophagus; fleckige Scharlachröthe der Schleimhaut des Magens; ebenso Röthung auf der Höhe der Falten des Duodenum und im Anfangstheil des Jejunum. Sonst nichts Abnormes. **H. Wildt** (Berlin).

G. Lawson. On the surgical treatment of neuralgia.

(Med. times and gaz. 1878. Febr. 9.)

65jährige Frau; vor zwei Jahren Hautentzündung der rechten Seite des Gesichtes und Kopfes, damals für Erysipel gehalten; dabei Entzündung des rechten Auges. Diese Krankheit hinterliess Narben (herpes frontalis), und war begleitet von heftigen Schmerzen, die seitdem niemals wieder ganz verschwanden, aber in

ihrer Intensität variirten. Die Schmerzen sind stärker im Gebiete des Supraorbitalis, schwächer in dem des Infraorbitalis; genau auf diesen Bezirk beschränkt, die Mittellinie nicht überschreitend, finden sich die weissen Narben der früheren Herpesgeschwüre. Berührung der Haut löst sofort einen Paroxismus aus. — Senkrechte Incision auf den Nerven bei seinem Austritt aus der Incisura supraorbitalis, Excision eines Stückes von $^3/_4$ Zoll Länge. Subcutane Durchschneidung des Infraorbitalis im Foramen infraorbitale. Drei Wochen lang war Pat. frei von jedem Schmerz; dann allmälig Rückkehr der Neuralgie, doch in leichterem Grade, im Gebiete des Nervus infraorbitalis. Weitere bedeutende Erleichterung durch eine neuerliche Durchschneidung des Infraorbitalis und subcutane Ablösung einer dem Knochen fest adhärirenden Narbe über dem Foramen infraorbitale. Die Neuralgie im Gebiete des Supraorbitalis kehrte nicht zurück. **H. Wildt** (Berlin).

Burlureaux. Sur les gangrènes sèches observées dans le cours de la fièvre typhoïde.

(Gaz. hebdom. 1878. No. 5.)

Anknüpfend an den Artikel von Lereboullet über die »trockene Gangrän im Verlaufe des typhösen Fiebers«, bringt B. folgende einschlägige Beobachtung:

Ein Soldat wurde mit schwerem Typhus in B.'s Abtheilung aufgenommen. 2 Monate später war Pat. in Reconvalescenz; er war wohl noch sehr schwach, schwitzte in abnorm copiöser Weise und hatte Husten mit etwas Auswurf. Bereits 8 Tage ausser Bett fühlte er eines Tages Schmerzen im rechten Fusse, die sich längs des Unterschenkels hinauf erstreckten. 3 Tage später bemerkte man, dass Pat. beim Gehen hinke; die Untersuchung zeigte, dass eine geringe Schwellung des Fusses und Unterschenkels vorhanden, der Druck auf die Wade überdies schmerzhaft sei. Als Pat. 1 Monat später das Spital verliess, verspürte er beim Gehen noch immer etwas Schmerz, und hinkte. Am Tage nach seiner Heimkehr zeigte sich Schwellung am Oberschenkel und Unterschenkel, vom Knie bis zum Fusse; dabei hatte die Haut des Beines vom Knie an bis zum Fusse einen Stich ins Violette. Pat. musste 3 Wochen das Bett hüten wegen dumpfer Schmerzen im Beine, die im Liegen geringer waren. Nach Ablauf dieser Zeit begann Pat. wieder zu gehen.

6 Monate später stellte er sich wieder bei seinem Regimente zum Dienste; er hinkte aber noch immer und die Schwellung der ganzen rechten unteren Extremität war ziemlich bedeutend. Er wurde daher wieder ins Spital geschickt. Weder in der Lunge, noch am Herzen etwas auffällig Abnormes; doch fiel die gleichmässige Hypertrophie der rechten unteren Extremität sogleich auf; dabei keine Hautverfärbung, kein Oedem. Der Druck ist nur an der rechten Wade etwas empfindlich. Bei sorgfältiger Palpation liess sich ein indurirter Strang von der rechten Inguinalseite bis zum mittleren Drittel des Oberschenkels verfolgen; dabei sind die Pulsationen der Art. femor. an der rechten Inguinalseite nicht gleich kräftig wie links. Die A. tib. post. rechts nicht fühlbar, dagegen sind die Pulsationen der A. pediaea rechts distincter zu fühlen als im normalen Zustande.

Beim Liegen ist Pat. ganz schmerzfrei, beim Gehen fühlt er dumpfen Schmerz in der Wade und eine Steifigkeit im Beine.

Verf. meint, es habe sich im vorliegenden Falle gehandelt um eine Thrombose der A. tib. post. Die Obliteration der Arterie konnte nicht plötzlich vor sich gegangen sein, da sich sonst die Erscheinungen der Gangrän gleich von Anfang an gezeigt hätten. In Folge der ermüdenden Reise in die Heimath mochte sich eine leichte Entzündung der tiefer gelegenen Gefässe ausgebildet haben, daher vollkommene Obliteration der A. tib. post. und Verbreitung der Entzündung der Arterie bis zur A. femor. hinauf. Ein Rest von Induration ist noch fühlbar im Trigon. inguinale; am Malleol. intern. ist keine Pulsation fühlbar, aber auch kein fibröser Strang mehr, wahrscheinlich durch theilweise Resorption des letzteren bedingt. Nicht zu erklären sei aber die gleichmässig über die ganze Extremität verbreitete Hypertrophie, welche sowohl die Muskeln als auch die Knochen

betrifft. Es gehöre dies wohl zu den trophischen Störungen, meint Verf. Der Ausgangspunkt derselben sei in der verlängerten Behinderung der Circulation gelegen, und sei daher wahrscheinlich der arteriellen Obliteration zuzuschreiben, die während der Reconvalescenz nach Typhus eintrat. **Fr. Steiner** (Wien).

A. W. M. Robson. Two uncommon forms of dislocation.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 481.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine Unterkieferluxation, entstanden in einem hysterischen Anfalle bei einer 30jährigen Frau. Reduction und Retention waren leicht. — Der 2. Fall betraf einen 15jährigen Knaben, der durch Fall beim Ballspiele sich eine Luxation des Sternalendes der Clavicula nach vorn und oben zugezogen hatte. Die linke Schulter war herabgesunken, die Infraclaviculargegend abgeflacht, es bestand eine ungewöhnliche Prominenz über dem Sternum vor der Trachea; dafür war die Gelenkfläche des Brustbeins, dem Sternalende der Clavicula entsprechend, leer. Die Sehne des linken M. sterno-cleido-mastoideus war bogenartig gespannt, die Entfernung der Schulterhöhe von der Mittellinie links 1/2" geringer als rechts; Crepitation fehlte. Die Reduction gelang leicht, aber nicht die Retention, obwohl R. möglichst den Arm fixirte. 2 Wochen nach dem Unfalle stand das Sternalende der Clavicula noch 1/2" über seiner normalen Stelle. Nur 4 weitere Fälle hat R. zusammengestellt, nämlich von Malgaigne, Bryant (?), Rochester, Hamilton. **Pilz** (Stettin).

Taruffi. Caso di osteomalacia con osteomi multiple.

(Annal. univ. d. med. e chir. 1878.)

In T.'s Fall fand sich bei einem unter elenden Verhältnissen 30 Jahre alt gewordenen Manne ausser colossalen multiplen Osteomen des Beckens, der rechten Oberextremität und beider Unterextremitäten, eine hochgradige Osteomalacie. Daraus, dass die Osteome jüngeren Datums sehr reich an Mark und von dünner Knochenschale waren, schliesst T. auf einen innern Causalnexus zwischen den beiden Affectionen, wobei dem Marke eine wesentliche Rolle zugeschrieben wird. Mehrere Abbildungen illustriren den Fall; ferner fügt T. noch 4 bisher in der Litteratur vergessene von Italienern beschriebene Fälle von Exostosen und Myositis ossificans bei. **Escher** (Triest).

Schenkl. Netzhaut- und Sehnervatrophie nach Erysipelas faciei.

(Prager med. Wochenschrift 1878. No. 23.)

Sch. berichtet über einen selbstbeobachteten Fall, in welchem nach einem sehr protrahirt verlaufenen, heftigen Gesichtserysipele auf dem linken Auge vollständige Atrophie des Sehnerven und der Netzhaut eingetreten war.

Urlichs (Würzburg).

Hartmann. Beitrag zur Lehre von der Ozaena.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 13.)

Entgegengesetzt der Annahme Michel's, dass der bei der nichtsyphilitischen Ozäna gebildete eitrige Schleim aus den Nebenhöhlen der Nase hervorgehen müsse, spricht sich H. auf Grund selbstgemachter Beobachtung, sowie eines Sectionsbefundes dahin aus, dass die eitrigen übelriechenden Schleimmassen ausschliesslich von der Nasenschleimhaut selbst gebildet werden, da in dem zur Section gekommenen Falle, wo eine hochgradige Ozaena im Leben bestanden hatte, sich keinerlei Abweichungen von der Norm in den Nasenhöhlen finden liessen.

Urlichs (Würzburg).

S. Cohen. Laceration and inflammatory changes in the spinal cord resulting from fracture of the cervical vertebrae.

(Philad. med. times 1878. p. 303.)

Der 24 Jahr alte Pat. fiel 14 Fuss tief herab mit seinem Nacken auf Ziegelsteine. Es trat sofort motorische und sensible Lähmung vom 6. Halswirbel abwärts ein; dabei gingen die Faeces unwillkürlich ab, während retentio urinae bestand; vollständige diaphragmatische Respiration. Einige Tage später gesellte sich Tympanitis und Verstopfung hinzu. Extremitäten kalt, Temperatur im Munde etwa 39,5. Am 3. Tage kamen Schlingbeschwerden und erschwerte Articulation hinzu (Lähmung der Pharynxmuskeln). Vom 5. Tage ab kehrte in den oberen Extremitäten das Gefühl theilweise wieder, die motorische Lähmung blieb wie vorher. Delirium und schlecht ausgeprägte epileptiforme Anfälle folgten und wiederholten sich in den folgenden Tagen mit zunehmender Heftigkeit. Tod am 10. Tage nach der Verletzung. Die heftige Tympanitis hatte durch Druck auf das Zwergfell den Tod beschleunigt.

Die Section zeigte Fractur des 4. und 5. Halswirbels, deren Proc. spinos. in das Rückenmark gedrungen waren; letzteres in der entsprechenden Ausdehnung stark erweicht und mit Eiter durchsetzt. Etwa $^3/_4''$ oberhalb und unterhalb der Quetschung war das Rückenmark verdickt, die Dura mater, welche an der verletzten Stelle wie ein loser Sack das Mark umgab, hier gespannt. Arachnoidea auf eine Strecke von $2^1/_2''$ an der Dorsalseite mit der Dura verwachsen. Unter der Arachnoidea mehrere in Resorption begriffene Blutgerinnsel.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Longstreth. Old inflammatory changes and anchylosis of cervical and dorsal vertebrae.

(Phil. med. times 1878. p. 305.)

Pat., 50 Jahr alt, stürzte eine Treppe hinunter und blieb unten bewusstlos liegen. Bei seiner Ankunft im Spital, 3 Stunden später, zeigte sich Paralyse der Extremitäten. Das Bewusstsein kehrte wieder, Sprechen unmöglich; entsprechend dem 7. Halswirbel eine deutliche Depression. Am Nachmittag konnte Pat. bereits wieder articulirte Laute von sich geben; die motorische und sensible Lähmung waren gehoben und bestanden nur noch im linken Vorderarm und in der Hand fort. Schmerzen gering. Der Urin musste mittels des Katheters entleert werden. In der folgenden Nacht (21 Stunden nach der Verletzung) wurde Pat. todt im Bett gefunden.

Die Section ergab hochgradige Veränderungen an den Hals- und Brustwirbeln, die von alten abgelaufenen Processen herrührten, Auftreibungen an einzelnen Wirbeln, Anchylosenbildung und dergl. Durch die ebenfalls verwachsenen 6. und 7. Halswirbel verlief ein Spalt im Knochen. L. glaubt, dass durch eine heftigere Bewegung im Bett hier der 6. Halswirbel gegen das Rückenmark dislocirt worden sei und dadurch der plötzlich eingetretene Tod eine Erklärung finde. An der verletzten Stelle war das Rückenmark erweicht. Die ganze Umgebung war stark mit Blutcoagulis durchsetzt. Die Untersuchung des Rückenmarks hatte ihre besonderen Schwierigkeiten, weil die Dura mater überall an den stark veränderten Wirbeln fest adhärirte und das Mark nur stückweise herausbefördert werden konnte.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Spencer Watson. A case of colloid cancer of the female breast.

(Med. times and gaz. 1878.)

Verf. theilt den folgenden Fall wegen der ausserordentlichen Seltenheit des Colloidkrebses in der Mamma mit. 42jährige, ziemlich korpulente Arbeiterin, bemerkte vor 14 Jahren einen kleinen schmerzlosen Knoten in der linken Brust, der bis vor vier Jahren unverändert blieb; seitdem Wachsen und Schmerzhaftigkeit. Keine Fälle von Carcinom in der Familie. In der linken Brust fand sich nach aussen und oben von der eingezogenen Warze eine derbe knotige hühnereigrosse

Masse; Haut an mehreren Stellen adhärent, Tumor frei beweglich über dem pectoralis, keine Anschwellung der Achseldrüsen. Exstirpation der ganzen Mamma, Verband mit Collodiumstreifen und Lint mit Carbolöl getränkt. Heilungsdauer etwa drei Monate. Ein Jahr später kein Recidiv; Schwierigkeit, den Arm bis zur Schulterhöhe zu erheben. — Der Tumor zeigte eine graudurchscheinende Durchschnittsfläche mit weniger durchscheinenden Septis; das Brustdrüsengewebe war fast vollständig verschwunden. Die mikroskopische Untersuchung ergab runde Alveolen, umgeben von durchscheinendem fibrösem Gewebe, zum Theil mit einer Art Drüsengewebe, zum Theil mit fibrösem Gewebe angefüllt; keine zottigen Gebilde.

H. Wildt (Berlin).

Kocher. Eine Nephrotomie wegen Nierensarcom; zugleich ein Beitrag zur Histologie des Nierenkrebses von Prof. Langhans.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. IX. Hft. 3 u. 4.)

Ein $2^1/_2$jähriger Knabe trug seit seiner Geburt eine grosse, bewegliche Geschwulst, welche die ganze linke Unterleibshöhle erfüllt. K. machte den Versuch, diese Geschwulst unter antiseptischen Massnahmen zu exstirpiren. — Bauchschnitt. Die sich stark vordrängenden Därme blieben während der Operation, in Lappen gehüllt, ausserhalb der Bauchhöhle. Ueber der höchsten Wölbung der Geschwulst verlief das Colon descendens, welches abpräparirt und medianwärts gedrängt wurde; das Peritonaeum parietale wird abgelöst und lateralwärts geschoben. — Dabei entsteht eine beträchtliche Blutung, die bald gestillt ist; die weitere Auslösung des Tumors geht leicht vor sich; Abbindung des Nierenstieles mit Catgut. — Pat. stirbt 2 Tage später an septischer Peritonitis.

Der von Prof. Langhans sorgfältig untersuchte Tumor wiegt 1405 g, ist aus den centralen Partien der Niere (wahrscheinlich aus dem Epithel der Sammelröhren) hervorgegangen, und seiner Structur nach ein Adeno-Sarkom. Die in der Geschwulst befindlichen, quergestreiften Muskelfasern sind wahrscheinlich aus Muskelkeimzellen hervorgegangen, welche bei der Entwickelung der Nierenanlage in diese aus der anliegenden Stammmuskulatur abnormer Weise eingeschlossen wurden.

Fall 2. 35jährige Frau, leidet seit 8 Monaten an Hämaturie; man findet im rechten unteren Drittheile des Abdomens einen kopfgrossen, sehr leicht beweglichen Tumor; per Rectum fühlt man einen Strang, der zu einer hilusähnlichen Stelle der Geschwulst zieht.

Diagnose: Nierensarkom. —

Explorativ-Incision. Die Ablösung des Colon transv. und ascendens bietet viele Schwierigkeiten, deshalb wird von der Exstirpation abgesehen. Tod durch Peritonitis am 3. Tage nach der Operation. — Die Geschwulst war nach Langhans ein reines Sarkom. Die andere Niere war bereits erkrankt. K. meint, dass bei der Exstirpation solcher Geschwülste die Durchtrennung des Mesocolon immer lateralwärts vom Colon ascendens und descendens, und oberhalb des Colon transversum vorgenommen werden müsse; dann sei die Exstirpation des Nieren-Sarkoms »mit verhältnissmässiger Leichtigkeit« ausführbar. Für die Operation maligner Nierengeschwülste sprechen nach K. folgende Momente:

1. Der Umstand, dass unter 115 derartigen Fällen nur 50 Mal bei der Section Metastasen gefunden wurden; in 10% der Fälle waren beide Nieren erkrankt. —
2. Das häufige Vorkommen im Kindesalter, und
3. die Möglichkeit, frühzeitig die Diagnose stellen zu können.

Wölfler (Wien).

R. Pagello. Operazioni di Litotomia.

(Giornale ven. die Scienze med. 1877. Nov.)

Verf. operirte einen steinkranken Knaben, nachdem der Stein von mehreren Aerzten deutlich gefühlt worden war. Nach dem Lateralschnitt suchte man vergeblich lange Zeit nach dem Stein. Es blieb eine Fistel zurück; die Harnbeschwerden des Knaben blieben dieselben. Erst mehrere Monate darauf wurde durch diese Fistel ein weisser, zerreiblicher Stein entleert, 5 cm lang, 2 cm breit. Verf. glaubt, dass derselbe zur Zeit der Operation sich in einem Ureter verborgen habe.

Ein 2. Fall betrifft ein Concrement bei einem Weibe, welchem eine Haarnadel in die Blase entschlüpfte. Es wurde Lithotripsie versucht. Die durch Pellagra ungemein herabgekommene Frau starb an unstillbaren Diarrhoen.

Menzel + (Triest).

F. Zamboni. Cura dell' idrocele con l'elettro-agopuntura.

(Giornale veneto di scienze med. 1877. Oct.)

Ein 50jähriger Mann, mit voluminöser Hydrocele wurde 2 Mal mit Elektropunctur, jedesmal 5 Minuten lang, behandelt. Der Erguss verschwand vollkommen am Tage nach der 2. Punctur. Am 10 Tage begann die Ansammlung von Neuem. — 3. Elektropunctur. Seither sind 25 Tage verstrichen, ohne dass die geringste Wiederanfüllung stattgefunden hätte. Verf. glaubt, dass die Elektricität die absorbirende Thätigkeit der Gefässe wieder anfache. **Menzel** + (Triest).

C. Parrini. Di un caso di spermatocele intravaginale.

(Comment. clin. di Pisa 1877. No. 8.)

Ein 50jähriger Mann bot alle Erscheinungen einer Hydrocele dar. Durch die Punction wurden 650 g einer milchigen Flüssigkeit entleert und darauf in die Tunica vaginalis 6 g Chloral in 12 g Wasser gelöst, eingespritzt. Die Reaction der Flüssigkeit war neutral, die Dichte 1,011 — Spuren von Eiweiss, sehr reichliche Chlorsalze. Die Flüssigkeit bildete nach kurzer Zeit einen weisslichen Bodensatz, welcher aus zahllosen, lebhaft beweglichen Spermatozoiden bestand. Erst nach 24 Stunden hörten die Bewegungen auf. **Menzel** + (Triest).

Schaffrank. Entfernung einer Spitzkugel nach 11 Jahren 223 Tagen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 12.)

Verf. berichtet von einem Pat., der im Jahre 1866 einen Gewehrschuss in den Hals bekam. Die Wunde heilte gut, die Kugel wurde nicht gefunden. Im Jahre 1867 empfand Pat. in der Gegend der 7. Rippe Schmerz und spuckte Blut, im Jahre 1871 brach ein Abscess in der rechten Lendengegend und im Jahre 1874 ein zweiter einwärts vor der Spin. il. ant. inf. ebenfalls rechterseits auf. Im Jahre 1877 endlich bildete sich wieder ein Abscess rechts von der Dammnaht, 3 cm nach vorn vom After, derselbe wurde gespalten und das vollständig erhaltene Geschoss zu Tage gefördert. **Urlichs** (Würzburg).

Alcock. Ostitis of femur, terminating in sclerosis.

(Med. times and gaz. 1878.)

22jähriger Bergmann bekam vor 6 Wochen plötzlich heftige Schmerzen im linken Oberschenkel und Knie, fortdauernd bis zur Zeit der Aufnahme; nichts von Syphilis, Rheumatismus oder Verletzung nachweisbar. — Sehr anämisches Aussehen, Fieber, belegte Zunge. Linker Oberschenkel in seinem untern Abschnitt stark geschwollen und schmerzhaft; kein Erguss im Kniegelenk. Punction bis auf den Knochen ergiebt nur Blut. Hohe Abendtemperaturen und starke Schmerzen dauern etwa einen Monat an, dann fieberfrei und schmerzlos. Sechs Wochen nach der Aufnahme noch sehr anämisch entlassen; der linke Oberschenkel hatte an seinem untern Ende einen $2^1/_2''$ grössern Umfang als der rechte. —

Verf. lässt es dahingestellt, ob der Process hier zur Nekrose geführt hat und ob der Sequester noch in dem sclerosirten und verdickten Knochen liegt, ohne Symptome zu machen, und meint, dass der Ausgang in seinem Fall eher gegen, als für die von Erichsen empfohlene Eröffnung des Knochens spricht.

H. Wildt (Berlin).

Druckfehler. No. 25, p. 410, Z. 14 von oben statt »waren recht« — »namentlich rechts«; ferner Z. 17 von unten statt »platte« — »glatte«.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nº. 34. Sonnabend, den 24. August. 1878.

Ein neuer Nasenkatheter zur Auswaschung der Nasenhöhle.

Von

Dr. **Adolf Fischer,**

Operateur in Buda-Pest.

Die bis jetzt gebräuchlichen Nasenspritzen und Naseniirrigateurs entsprechen bei Weitem nicht ihrer Aufgabe, wenn es sich namentlich darum handelt, beide Nasenhälften in continuo zu durchspülen, ohne dem Patienten Schmerzen oder sogar eine Otitis media zu verursachen. Die Manipulation mit einer Nasenspritze ist sehr unbequem, manchmal schmerzhaft, und will man eine grössere Quantität Flüssigkeit durch beide Nasenhälften leiten, so muss man dieselbe öfters aus den hinteren Nasenöffnungen entfernen, was sowohl für den Pat. wie für den Arzt unangenehm ist.

Um diesen Eventualitäten vorzubeugen und um die Nasenhöhle von rückwärts gehörig auszuspülen construirte ich einen eigenen Nasenkatheter, welcher die Tubaröffnung weit überragend sowohl das Eindringen von Flüssigkeit in die Eustach'sche Röhre hindert, wie auch in die Nasenhöhle giesskannenartige Ströme passiren lässt, welche zu einem dicken Strome confluiren, und aus der vorderen Nasenöffnung heraustreten. Dieser Strom ist so stark, dass er im Stande ist die grössten Schleimklumpen herauszubefördern.

Mein Katheter besteht aus einer 13 cm langen, im breiten Durchmesser 4 mm betragenden geraden Röhre, welche am vorderen Ende unter einem Winkel von $152\frac{1}{2}^{\circ}$ in eine hakenförmige Krümmung übergeht, deren Länge $4\frac{1}{2}$ cm, deren Breite 3 mm beträgt. An dem Ende dieser Krümmung befindet sich eine 6 mm breite, von 4 Oeffnungen durchlöcherte Rosette. Das hintere Ende des Katheters ist trichterförmig und mit einem gerifften Rande versehen, welcher in ein mit einem Glastrichter versehenes 60 cm langes Kautschukrohr geschoben wird.

Der Katheter wird auf folgende Weise eingeführt: Pat. öffnet stark den Mund, während das nach der Seitenfläche geneigte Instrument gegen den Rachen vorgeschoben wird. Die Rosette wird dicht am Rande der Uvula hinter den weichen Gaumen geschoben, die Krümmung sanft an die hintere Rachenwand gedrückt, während man das Instrument nach auf- und vorwärts schiebt. Auf diese Weise wird das gekrümmte Ende des Katheters leicht in eine Nasenhälfte gleiten, und vom Pat. am Griffe festgehalten. Man giesst nun in den hochgehaltenen Trichter Flüssigkeit; der Pat. neigt seinen Kopf nach vorwärts, wo das Eingegossene durch die vordere Nasenöffnung in ein bereit gehaltenes Gefäss fliessen wird. Will man ohne Unterbrechung die andere Hälfte der Nasenhöhle auswaschen, so dreht man den Griff so, dass die Rosette gegen die Oeffnung der auszuwaschenden Nasenhälfte gerichtet sei. Man kann daher mit einem gleichmässigen continuirlichen Strome, ohne das Instrument entfernen zu müssen, beide Nasenhälften — nach Bedarf — ausspülen.

Die Herausnahme des Katheters wird so bewerkstelligt, dass derselbe im ersten Momente an die hintere Rachenwand gedrückt wird, sodann der Griff von unten nach aufwärts gehoben wird, wobei der gekrümmte Theil desselben hinter dem weichen Gaumen sich frei macht.

Der Instrumentenfabrikant Herr Peter Fischer in Buda-Pest verfertigt das Instrument für 1 fl. 50 kr.

M. Perls. Lehrbuch der allgemeinen Pathologie für Studirende und Aerzte. I. Theil: Allgemeine pathologische Anatomie und Pathogenese.

Stuttgart, Ferd. Enke, 1877. gr. 8. 508 S. 124 Holzschnitte.

Das vorliegende Lehrbuch nimmt unter den dieselbe Materie behandelnden Werken der neueren Zeit gewissermassen eine vermittelnde

Stellung ein, insofern die Genese und die Entwickelung der pathologischen Processe weder allein vom Standpunkt der experimentellen, noch der rein anatomischen Forschung dargelegt wird, vielmehr ist der Verf. beiden Richtungen nach Möglichkeit gerecht zu werden bestrebt. Die Phasen, welche die pathologischen Anschauungen in mannigfacher Wandlung besonders in den drei letzten Decennien durchgemacht haben, werden dem Leser in den Hauptzügen vorgeführt und zugleich der Nachweis der Quellen gegeben, in denen derjenige, welcher sich für den Entwicklungsgang der Hauptfragen eingehender interessirt, nähere Aufklärung findet. Gerade darin, dass Verf. nicht einseitig eine Richtung, sei es die experimentelle oder die anatomische bevorzugt, sondern zwischen beiden, wo es angeht, die experimentellen Erfahrungen mit den anatomischen Beobachtungen zu verknüpfen sucht, sowie in der historisch-kritischen Darstellung liegen, scheint uns, die Vorzüge seines Werkes. Hiermit ist zugleich angedeutet, dass der Autor im grossen Ganzen nicht gerade neue und andersartige Auffassungen der pathologischen Processe lehrt; doch soll ihm hieraus selbstverständlich kein Vorwurf erwachsen, liegt ja auch hierin nicht gerade die Aufgabe eines Handbuches, das nur belehrend und nicht reformatorisch zu wirken berufen ist.

Das Werk, aus dem wir hier nur weniges, so weit es eben den Standpunkt des Verf. charakterisirt oder im Einzelnen Ergebniss seiner eigenen Forschungen resp. seines Raisonnements ist, besprechen können, zerfällt in 3 Hauptabschnitte. Aus dem ersten, welcher die localen Circulationsstörungen (Anämie, Hyperämie, Entzündung, Ex- und Transsudation, Thrombose, Embolie) behandelt, möchten wir das Capitel über Entzündung und Fieber als besonders gelungen hervorheben; in der Lehre von der Entzündung macht sich des Verf. vermittelnde Stellung zwischen der älteren Virchow'schen und der neueren Cohnheim'schen Entzündungstheorie geltend. — Der zweite Abschnitt handelt von den passiven Vorgängen der Gewebe (Atrophie, die verschiedenen Formen der Degeneration, Petrification, Concrement- und Pigmentbildung, Nekrose und Gangrän). In dem Capitel über fettige Metamorphose giebt P. eine Darstellung, welche sich im Wesentlichen auf eigene Untersuchungen über den Wasser- und Fettgehalt der, hier zumeist in Betracht kommenden Organe (Herz und Leber) bei den verschiedenen Zuständen der fettigen Infiltration und Degeneration stützt, Untersuchungen, deren Ergebnisse tabellarisch vorgeführt werden. Wir können auf dieses Capitel als ein höchst lesenswerthes hier nur verweisen. Auch die Beschreibung der Harn- und Gallenconcremente ist in bündiger Form gegeben. — Im dritten Abschnitt werden die activen Veränderungen der Gewebe dargestellt und zwar die Formen und Ursachen der Neoplasieen, die Regeneration der einzelnen Gewebe und sodann die Neubildungen selbst nach den einzelnen Gewebstypen, aus denen sie hervorgehen. Eine besonders ausführliche Besprechung wird hier der so strittigen Frage, was ist ein Tuberkel, was ist ein Carcinom zu Theil. Bezüglich des ersteren kommt

P. zu dem Schluss, dass als Tuberkel nach wie vor zu bezeichnen sind »gefässlose, zellenreiche, submiliare Knötchen, die entweder schon makroskopisch erkennbar sind oder es erst bei der mikroskopischen Untersuchung werden, die ferner eines weiteren Wachsthums nicht fähig sind, sondern sogleich vom Centrum aus absterben. Nach dem histologischen Bau sind zwei Arten derselben zu unterscheiden, der lymphoide, nur aus Rundzellen bestehende und der Riesenzellentuberkel«. — Das Carcinom anlangend, ist Verf. der Ansicht, dass sich dessen Begriffsbestimmung nur auf histologischer Basis geben lässt: »Geschwülste, die ein atypisches Durcheinanderwachsen zweier verschiedener und von einander unabhängiger Gewebe zeigen, von denen das eine lediglich aus Zellen besteht, welche mehr oder weniger die Form, stets aber deutlich die unmittelbare Aneinanderlagerung epithelialer Zellen zeigen, das andere wesentlich bindegewebiger Natur ist und die Gefässe enthält, bezeichnen wir als Carcinome. Die Entwicklung derselben geschieht in den meisten Fällen durch atypische Wucherung praeexistirender epithelialer Elemente.«

Die Darstellung ist meist einfach, klar und ansprechend. Von den das Verständniss des Textes und die Vorstellung unterstützenden Holzschnitten, zu denen die mikroskopischen Zeichnungen zum grossen Theil nach Präparaten der Giessener Sammlung mit Unterstützung von Ziesing entworfen wurden, sind manche etwas zu einfach und wenig fein ausgeführt. Das Nachschlagen und die Orientirung in dem so umfangreichen Material wird durch ein Sach- und Namenregister erleichtert. Die äussere Ausstattung des Werkes ist die bekannte rühmliche des Enke'schen Verlages. Es steht zu erwarten, dass das Lehrbuch, dessen zweiter Theil für dieses Jahr versprochen ist, sich in studirenden und ärztlichen Kreisen zahlreiche Freunde erwerben wird. **J. Munk** (Berlin).

W. H. Welch (New-York). Zur Pathologie des Lungenödems. (Aus dem pathologischen Institut zu Breslau.)

(Virch. Arch. Bd. LXXII. Hft. 3.)

Verf. discutirt zunächst die bisher für das Entstehen des Lungenödems gangbaren Anschauungen. Was die Hydrämie als ursächliches Moment anlangt, so haben die Versuche von Cohnheim und Lichtheim (Virch. Arch. Bd. LXIX p. 106 — cfr. Centralblatt für Chir. 1877 p. 212) ergeben, dass nach Infundirung grosser Mengen von Kochsalzlösung in's Blut bei Kaninchen allerdings häufig Lungenödem eintritt; bei Hunden dagegen ist der Befund selten, so dass die Hydrämie blos als ein begünstigender Factor bei Entstehung des Oedems aufgefasst werden darf. — Dasselbe muss von der Lungenhyperämie gesagt werden, bei der eine fluxionäre Form und eine Blutstockung unterschieden worden ist. Beide Formen hat man für eine grössere Zahl von Störungen der Lungenfunctionen verantwortlich gemacht. W. unterzieht die verschiedenen Arten der Lungen-

hyperämie einer genaueren Kritik, mit Rücksicht auf den Symptomencomplex, den das acute allgemeine Lungenödem bietet. Dasselbe tritt gewöhnlich plötzlich auf und »kann fast ebenso rasch verschwinden, wie es entstanden ist; es ergreift beide Lungen; es erscheint bei den verschiedenartigsten Krankheiten und ist ein constanter Begleiter von keiner; es tritt oftmals bei der Agonie auf, eine Begleiterscheinung eher als eine Ursache des Todes; die mikroskopische Untersuchung einer ödematösen Lunge zeigt die hochgradigste Füllung der Capillaren und zahlreiche ausgetretene rothe Blutkörperchen.« —

Es zeigt sich nun, das keine der fraglichen Ursachen der fluxionären Lungenhyperämie eine genügende Erklärung für das Zustandekommen des allgemeinen Lungenödems liefert. Dagegen sind die Momente, die eine Blutstauung in den Lungen bewirken, wie geschwächte Herzaction oder Störung des Abflusses aus den Pulmonalvenen (z. B. bei Mitralisfehlern), einer experimentellen Prüfung werth erschienen. — Zur Lösung der Frage, ob es überhaupt ein Stauungsödem in der Lunge gebe, hat Verf. zahlreiche Versuche an Hunden und Kaninchen angestellt, indem er Hindernisse der Circulation in den Lungenvenen, in dem linken Vorhof, in dem linken Ventrikel und an der Aorta anbrachte.

Beim Hund und beim Kaninchen giebt die Aorta zuerst den Truncus anonymus ab, von welchem die linke Carotis, die rechte Carotis und die rechte Subclavia ihren Ursprung zu nehmen pflegen. Der zweite Hauptast der Aorta ist die linke Subclavia. Die Unterbindung einzelner oder mehrerer dieser Aeste erzeugt erst dann Lungenödem, wenn der Aortenbogen zwischen Truncus anonymus und linker Subclavia und noch zwei Aeste des Truncus anonymus geschlossen werden, d. h. wenn die einzige Abflussröhre aus der Aorta (die Kranzarterien ausgenommen) die einer Carotis oder die rechte Subclavia bildet. —

Fernere Versuche, welche den Zweck hatten zu untersuchen, um wie viel es nöthig sei, die aufsteigende Aorta zu verengern, um Oedem zu erzeugen, ergaben auch, dass das Lumen der Aorta fast zum Verschluss verengert werden muss, ehe Lungenödem eintritt. — Hierbei wurde die Beobachtung gemacht, dass die bis zu einem gewissen Grade getriebene Verengerung der Aorta eine Steigerung des Druckes in der Carotis, also peripher von der verengten Stelle bewirkt, was wahrscheinlich einer Reizung der vasomotorischen Nervencentren durch Hirnanämie zuzuschreiben ist. — Die gleichzeitige Messung des Drucks in der Pulmonalarterie, nach dem von Lichtheim bereits geübten Verfahren, ergab in noch höherem Grade, als es Lichtheim gefunden, die Unabhängigkeit der Druckverhältnisse in beiden Arteriensystemen von einander. — Der Pulmonalkreislauf besitzt eine grosse Immunität gegen Druckveränderungen im Körperkreislauf. Es kann der Carotisdruck um das zwei- bis vierfache erhöht sein, ohne dass eine irgend beträchtliche Steigerung des Druckes im kleinen Kreislauf statt hat. Hieraus wird

das Fehlen eines Stauungsödems in den Lungen selbst bei hochgradiger Verengerung der Aortenbahn erklärlich. —

W. schritt nun weiter zur Prüfung von Hindernissen, die theils durch Unterbindung der Lungenvenen, theils durch directe Eingriffe auf das Herz selbst, eine Vermehrung der Widerstände im kleinen Kreislauf bedingten. Die Verschliessung sämmtlicher Venen der einen Lunge bedingt kein Oedem, nur eine allmälig eintretende hämorrhagische Infarcirung der Lunge. Wenn ausser den Venen der linken Lunge, die Venen, welche von dem oberen und mittleren rechten Lappen kommen, zugebunden werden, bleibt das Lungenödem auch noch aus. Erst wenn der Abflussweg aus den Lungenvenen fast vollständig verlegt wird, so dass kein Ast selbst zweiter Ordnung mehr offen bleibt, kommt es zur serösen Ausschwitzung in die Lungen. Hunde und Kaninchen verhalten sich hierbei ziemlich gleich. Der Carotisdruck wird ebensowenig durch die Verengerung der Venenbahn der Lunge, etwa bis zu drei Viertel ihrer Capacität, beeinflusst, wie durch Verschliessung der entsprechenden Abschnitte der Lungenarterien. —

W. hat ferner Lungenödem zu Stande gebracht durch Abbinden des grössten Theiles des linken Vorhofes und durch Zuklemmen des linken Ventrikels. Hierbei zeigte es sich, dass erst ein sehr grosser Theil des Vorhofes oder des Ventrikels verlegt sein muss, nicht nur ehe Lungenödem eintritt, sondern auch ehe der Carotisdruck zu sinken anfängt.

Die Ermittelung der mechanischen Bedingungen, unter welchen ein Lungenödem zu Stande kommt, musste dem Verf. die Ueberzeugung geben, dass bei dem sonst ganz analogen allgemeinen Lungenödem des Menschen, von so hohen Druckänderungen im Pulmonalkreislauf, wie im Experiment keine Rede sein kann. Sollte aber an den mechanischen Ursachen des als Stauungsödem aufzufassenden Zustandes festgehalten werden, so musste mit Rücksicht auf die klinischen Befunde, noch das andere Moment in seiner Wirkungsweise geprüft werden, nämlich der Einfluss einer geschwächten Herzaction. Und zwar muss, um auf dynamischem Wege Stauungsphänomene hervorzurufen, wie sie zum Auftreten des Oedems nöthig sind, ein Missverhältniss bestehen zwischen der Kraft des linken und der Kraft des rechten Ventrikels.

Es kommt hier nicht auf absolute Grössen, sondern auf ein relatives Missverhältniss an, so dass bei gleichen Widerständen das linke Herz nicht dieselbe Blutmenge in der Zeiteinheit hinauszutreiben vermag, wie das rechte. — Erwiesen sich die verschiedenen Herzgifte als untauglich zur Herabsetzung der Arbeitskraft nur eines Ventrikels, so war die locale Einwirkung schädlicher Stoffe auf die Aussenfläche des linken Ventrikels ebenso fruchtlos. — Verf. erreichte das Ziel durch directe Quetschung der Wand des linken Ventrikels, und zwar am besten mit den Fingern. — In denjenigen Versuchen, in denen es gelang, allein oder hauptsächlich auf den

linken Ventrikel beschränkte Lähmung zu erzielen, bei genügend grosser Kraft des rechten, entstand jedesmal Lungenödem. — Die Lähmung des rechten Ventrikels, die sich viel leichter erzeugen lässt, lieferte mit und ohne Quetschung des linken nie Lungenödem. Somit wäre thatsächlich linksseitige Herzparalyse als eine causa efficiens von Lungenödem zu betrachten, was Verf. durch weitere Ausführungen und Vergleiche mit der Art und Weise des Auftretens von Lungenödem am Krankenbette zu erhärten sucht.

v. Lesser (Leipzig).

Denkschrift, verfasst und dem preussischen Cultusministerium vorgelegt durch die von der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie in Berlin gewählte Puerperalfiebercommission.

(Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. III. p. 1.)

M. Boehr. Untersuchungen über die Häufigkeit des Todes im Wochenbett in Preussen. Ihre Ursachen und ihre Consequenzen für die Sanitätspolizei.

(Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. III. p. 97.)

In der Denkschrift wird nach einer aus dem vorhandenen statistischen Material entnommenen Berechnung der Mortalität an Puerperalfieber im jetzigen preussischen Staate, welche die enorme Zahl von 8872,4 Frauen auf das Jahr ergiebt, ein Vergleich gezogen mit der Sterblichkeit an Pocken und Cholera, woraus sich ergiebt, dass das Puerperalfieber mehr Opfer fordert. Dazu kommt, dass gerade der werthvollste Theil der weiblichen Bevölkerung betroffen wird, entweder stirbt, oder für später krank, fortpflanzungsunfähig wird. Hieraus erhellt der grosse Schaden für den Staat. Es folgt dann eine kurze Definition des Begriffes des Puerperalfiebers, welches als eine von den Wunden der Geschlechtstheile ausgehende septische Infection erklärt wird, und dann die sich hieraus ergebenden für nothwendig erachteten Massregeln, zu deren Prüfung, eventuell Durchführung die Denkschrift unterbreitet wird.

Diese Massregeln sind vor Allem genügende Desinfection der Hände von Seiten der Aerzte und der Hebammen; dann die gesetzlich bestimmte Anzeigepflicht für alle Medicinalpersonen, in allen Fällen schwerer fieberhafter Wochenbettserkrankungen, und für die Hebammen besonders noch die Meldepflicht jeder tödtlich abgelaufenen Wochenbetterkrankung; endlich das den sanitätspolizeilichen Behörden zu verleihende Recht, einer Hebamme, in deren Praxis Puerperalfieber aufgetreten ist, die Ausübung der Praxis für eine bestimmte Zeit zu untersagen.

Die sehr ausführliche, mit der grössten Sorgfalt abgefasste Arbeit von M. Boehr ist die weitere Ausführung und der genaue Be-

weis der Richtigkeit der in der Denkschrift enthaltenen kurzen Angaben. Leider ist der Rahmen eines Referates zu eng, um ausführlicher zu berichten, nur einzelne Resultate und Schlussfolgerungen mögen Platz finden:

Aus dem 17 Jahre umfassenden statistischen Material für Berlin ergiebt sich, dass die Todesfälle an Kindbettfieber ganz allein die Schwankungen der Todesfälle »im Kindbett« beherrschen und bedingen. Durchschnittlich starben in Berlin jährlich 227 Frauen an Kindbettfieber. Berlin steht günstiger, als die Gesammtsumme des Staates. Hier ist zu beachten die grössere Intelligenz der Hebammen. Auch bei anscheinenden Epidemien handelt es sich stets um Localgruppen von Erkrankungen. — Aus dem 60 Jahre umfassenden statistischen Material für ganz Preussen ergiebt sich, dass in dieser Zeit 363624 Frauen an Kindbettfieber gestorben sind, etwa der 30. Theil aller Ehefrauen in Preussen. In den letzten Jahren ist es besser geworden. Im Vergleich mit den an Pocken und Cholera in den 60 Jahren gestorbenen weiblichen Personen folgt, dass mehr Frauen im geschlechtsfähigen Alter an Puerperalfieber gestorben sind, als weibliche Personen aller Altersclassen an Pocken und Cholera zusammen. Die letzten Capitel beschäftigen sich mit der Vertheilung der Todesfälle auf die einzelnen Provinzen, mit der Vertheilung der Hebammen und dem Zahlennachweis der Physicats-Geschäfte bei Meldepflicht des Kindbetttodes.

Die Schlusssätze lassen sich dahin zusammenfassen, dass die Frequenz des Kindbetttodes unabhängig ist von der Bevölkerungsdichtigkeit, unabhängig von der Dichtigkeit des geburtshülflichen Personals, wenn auch einmal übermässige Thätigkeit einer Hebamme sie steigern kann, endlich unabhängig von der Fruchtbarkeit eines Bezirks. Abhängig dagegen in erster Linie von der wissenschaftlichen Einsicht und Gewissenhaftigkeit des geburtshülflichen Personals. Ausserdem scheint eine Steigerung der Gruppeninfectionen abhängig zu sein von der Coïncidenz mit anderen Infectionskrankheiten. Deshalb ist die Hauptsache eine gehörige Disciplin, welche die staatlichen Aufsichtsorgane über die Hebammen haben, und diese Disciplin kann von den jetzt vorhandenen preussischen Physikern sehr wohl ausgeübt werden. **Benicke** (Berlin).

Feser. Untersuchungen und Versuche mit vergrabenen Milzbrandcadavern.

(Deutsche Zeitschrift für Thiermed. und vergl. Pathologie Bd. IV. p. 23—51.)

Koch's Angabe, dass das Milzbrandcontagium durch die Fäulniss nicht zerstört werde, sondern Monate, selbst Jahre lang wirksam bleiben könne (Centralbl. für Chir. 1877, p. 548), hatte bei fast allen betheiligten Forschern Zweifel und Widerspruch hervorgerufen. Mehrfach war darauf hingewiesen worden, dass die Quelle dieser auffallenden Verschiedenheiten in den Angaben, möglicherweise in dem

Umstande zu suchen sei, dass Koch fast ausschliesslich an Mäusen experimentirte, während die gegentheiligen Erfahrungen früherer Forscher in der Regel an grösseren Thieren (Kaninchen, Schafen, Kälbern u. A.) gewonnen worden waren. Bei der grossen praktischen Wichtigkeit, welche dieser Frage in epidemiologischen und sanitätspolizeilicher Hinsicht innewohnt, hat daher F. dieselbe einer erneuten Prüfung unterzogen.

Die Untersuchung erstreckt sich auf vergrabene Milzbrandcadaver, weil gerade diesen vielfach die Fähigkeit zugeschrieben wird, das Anthraxgift an gewissen Weideplätzen (nach Koch durch die Bildung von »Dauersporen«) Jahre lang im Boden latent zu erhalten. Es wurden vom Verf. im Lengries, einem exquisiten Milzbranddistrict der oberbayrischen Alpen, 1876 und 1877 im Ganzen 6 Cadaver ausgegraben, welche verschieden lange Zeit, von 4 Tagen bis zu 1 Jahre, meist oberflächlich verscharrt im Boden gelegen hatten. Die vorgefundenen Cadavertheile, gelegentlich auch das umgebende Erdreich, wurden einer mikroskopischen Untersuchung unterzogen und sodann zu 25 Impfversuchen verwendet. Es wurden in allen Theilen mehr oder weniger reichliche Fäulnissorganismen gefunden, namentlich Schizomyceten verschiedener Formen, daneben in 4 Cadavern Bacillen von der Form und Grösse der Anthrax-Bacillen und in einem derselben deutliche Zeichen der von Koch beschriebenen »Sporenbildung« in den Fäden. — Das Ergebniss der Impfversuche war, »dass in keinem Falle mit den reichlich und theilweise zu vielen Versuchen verwendeten verschiedenartigsten Cadavertheilen durch Impfung eine Ansteckung bei den für Milzbrand sehr empfänglichen Versuchsthieren (Schafen und Ziegen) erzielt werden konnte.« Die vergrabenen Cadavertheile verhielten sich somit genau so, wie frische, feuchte Milzbrandsubstanzen überhaupt, deren Impffähigkeit sich auch nur einige Tage erhält und mit der intensiven Fäulniss verloren geht.

In der zweiten Abtheilung berichtet F. über 15 Cadaver, welche auf der Milzbrandversuchsstation der Thierarzneischule in München zu verschiedenen Zeiten wieder ausgegraben wurden und zu 37 Impfversuchen dienten. Sowohl das Ergebniss dieser Versuche, wie das mikroskopische Verhalten der Cadavertheile wich in keiner Weise von den obigen Resultaten ab. Sämmtliche geimpften Versuchsthiere (3 Schafe, 1 Pferd, 2 Jungrinder, 2 Ziegen, 9 Kaninchen, 8 weisse Ratten) blieben gesund. Nach den zahlreichen mit mannigfacher Variation der Bedingungen von ihm angestellten Versuchen hält sich Verf. nunmehr zu dem Schluss berechtigt, »dass man den gut verscharrten und einmal stark faul gewordenen Cadavern eine weitere Betheiligung zur Erhaltung und Verbreitung des Milzbrandes nicht zuschreiben darf«. —

Frühere Versuche des Verf.'s (Gerlach's Arch. Bd. III, p. 369) mit gefrorenen Milzbrandobjecten hatten ergeben, dass strenge Winterkälte das Milzbrandgift zu erhalten vermag. Jedesmal aber,

wenn Fäulniss des Objects eintrat, ging auch die Virulenz desselben verloren. Dies wurde auch in der obigen Versuchsreihe (Versuch 162) wiederum bestätigt. —

Bemerkenswerth ist noch, dass 10 Culturversuche im Brütapparat mit in Humor aqueus von Rindsaugen eingeführten Cadaverobjecten (nach Koch, a. a. O.) bezüglich der Entwickelung von »Dauersporen« sämmtlich ein negatives Resultat gaben. Culturen mit frischen Milzbrandsubstanzen dagegen, bei welchen es zur massenhaften Anthraxsporenbildung kam, hatten ausnahmslos, schon nach kurzem Verweilen des Sporenmaterials im lufttrockenen Zustande, entgegen den Angaben von Koch bei Impfungen die völlige Wirkungslosigkeit der Substanzen zur Folge (vergl. Gerlach's Arch. Bd. III, p. 392—96). Verf. glaubt daher, dass die Milzbrandsporen nicht jene Lebenszähigkeit besitzen, welche Koch behauptete, und stellt weitere Untersuchungen bezüglich dieser Frage in Aussicht.

A. Hiller (Berlin).

A. Gusserow. Zur Lehre vom Stoffaustausch zwischen Mutter und Frucht.

(Arch. für Gynäkologie Bd. XIII. p 56.)

G. hat zunächst durch eine Reihe von Versuchen den Beweis geliefert, »dass die Niere des Fötus im Uterus functionirt wie die Niere des Geborenen,« und »dass die Frucht wenigstens schon vor Abfluss des Fruchtwassers während der Geburt in die Eiblase urinirt.« Da nach Bunge und Schmiedeberg die Umwandelung der Benzoësäure in Hippursäure im Organismus ausschliesslich in der Niere vor sich geht, wurde einer Anzahl Kreissender benzoësaures Natron gereicht und dann sofort nach der Geburt der Harn des Kindes, in einzelnen Fällen auch das Fruchtwasser untersucht. Vier Fälle lieferten ein positives Resultat, indem sich jedes Mal Hippursäure im kindlichen Urin nachweisen liess, dagegen keine Benzoësäure, in 2 dieser Fälle zeigte das Fruchtwasser denselben Befund.

Eine zweite Reihe von Experimenten suchte im Anschluss an früher von Savory gemachte Thierversuche der Frage von dem Uebergang von Stoffen aus dem fötalen in den mütterlichen Kreislauf näher zu treten. Trächtigen Kaninchen, Katzen und Hündinnen wurde der Leib geöffnet und dem nach Zerreissung der Eihäute in die Uteruswunde hineindrängenden Fötus mit der Pravaz'schen Spritze 0,025—0,05 Strychnin injicirt. Da wo die Jungen nach der Injection mehr oder weniger lange am Leben und im Zusammenhang mit dem Mutterthier blieben, erfolgten stets Krämpfe bei der Mutter. Diese traten nach 11—36 Minuten auf und führten meist innerhalb 30—47 Minuten zum Tod. Dies beweist, dass ein Stoffaustausch in der angeführten Richtung herrscht, dass er aber langsam und allmälig erfolgt.

Sehr auffallend war dabei, dass die betreffenden Jungen nie-

mals Strychninkrämpfe bekamen. Wenn sich dies bei den durch die Placenta ernährten Thieren aus ihrer Apnoe erklärt (Rosenthal, Leube), so bezieht G. die Erscheinung bei abgenabelten Früchten auf die noch nicht vollendete Structur des Rückenmarkes.

Zehn gelungene Versuche von Strychnininjection in die Eihöhle zeigten, dass der Uebergang von Stoffen aus dem Fruchtwasser in's mütterliche Blut fast null ist. Löhlein (Berlin).

M. Runge. Untersuchung über den Einfluss der gesteigerten mütterlichen Temperatur in der Schwangerschaft auf das Leben der Frucht.

(Arch. für Gynäkologie Bd. XII. p. 16.)

R. beschäftigte sich experimentell mit der Frage, ob die gesteigerte Eigenwärme der Mutter an sich die Frucht zu tödten im Stande ist, und wo die Grenze liegt, bis zu welcher unbeschadet des fötalen Lebens die mütterliche Temperatur gesteigert werden kann. Die Resultate seiner an trächtigen Kaninchen, die im gut ventilirten Wärmekasten einer künstlichen Steigerung der Eigenwärme ausgesetzt wurden, angestellten 25 Versuche stimmten ziemlich genau mit dem überein, was Kaminsky 1866 bei typhuskranken Hochschwangern gefunden hatte. Es zeigte sich, dass die hohe Temperatur des Mutterthiers an sich in der That das Leben der Frucht in Gefahr bringt, dass diese Gefahr beim Kaninchenfötus bei einer selbst nur kurze Zeit auf circa 41,5° gesteigerten Temperatur beginnt, und dass der Tod um so sicherer eintritt, je weiter und je länger diese Grenze überschritten wird.

R. will indessen durchaus nicht — wie Kaminsky thut — in der Temperatursteigerung die alleinige Ursache des Fruchttodes bei fieberhaften Krankheiten sehen, da die Uebertragung des Krankheitsstoffes selbst von der Mutter auf die Frucht ja durch unanzweifelbare Beobachtungen feststeht. Immerhin ergiebt sich für die Therapie die Anzeige frühzeitiger und grosser Gaben der Antipyretica, sobald die mütterliche Temperatur mehr als 40,0—40,5 beträgt.

Da die Sectio caesarea in modo defuncta überall, wo der Tod unter den höchsten, durch keinerlei Mittel herabzusetzenden mütterlichen Temperaturen erfolgte, kein günstiges Resultat für die Frucht hoffen lässt, so verdient in solchen Fällen nach R. die Sectio caesarea in der Agone Berücksichtigung. Löhlein (Berlin).

W. H. Cripps. Treatment of severe arterial haemorrhage from punctured wounds of throat and neck.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 646. — Lond. med. chir. soc.)

Der in kurzem Auszuge wiedergegebene Vortrag behandelt die Ligatur der Carotis externa wegen heftiger arterieller Blutungen aus

Stichwunden in der Nähe des Kieferwinkels, bei Blutungen aus dem Munde, besonders aus der Nähe der Mandeln, aus Carcinomen der Zunge, der Mundhöhle, und bei Nachblutung nach Operationen in diesen Gegenden. Bisher hatte man, wenn die Blutungen nicht auf einfache Massnahmen standen, fast stets die Unterbindung der Carotis communis ausgeführt; leider ergiebt die Zusammenstellung, dass mehr als 50% aller Operirten gestorben sind und dass von den Gestorbenen mehr als 30% schwere Gehirnerscheinungen darboten; bei weiteren 30% war die Ligatur ohne jeden Nutzen, denn es erfolgten wieder neue Blutungen. Weiterhin ergiebt die Zusammenstellung, dass die Verletzungen nur sehr selten die Carotis int. betrafen, meist waren Zweige der Carotis externa oder sie selbst betroffen. Die Furcht, dass der Unterbindung der Carotis externa häufig Nachblutungen folgen werden, hat sich nicht bestätigt; sollte die Nutzlosigkeit der Ligatur der Carotis externa als verletztes Gebiet die Carotis int. erkennen lassen, dann sei die verrichtete Ligatur der externa weiter kein Schaden; es habe die Ligatur der Carotis communis nachzufolgen. In der Discussion erwähnt Holmes eines Falles, in welchem man bei Verletzung der Mandelgegend an Eröffnung der Carotis int. denken musste; sollte in solchem Falle ein Tonsillarzweig der Carotis externa verletzt sein, so müsste natürlich Ligatur der externa gemacht werden. Backer gedenkt seines Falles von Ligatur der Carotis communis wegen Verletzung der Tonsillargegend; die Section zeigte eine Eröffnung der Pharyng. ascend.; hier hätte die Unterbindung der Carotis externa natürlich nichts helfen können. Alle stimmen den Schlussfolgerungen von Cripps bei, dass die Carotis communis nur ausnahmsweise in den oben angegebenen Fällen zu unterbinden sei. Zum Schlusse bemerkt C. dass bei Stichwunden fast ausnahmslos die Gegend hinter dem Kieferwinkel getroffen werde; nur 7—8 Verletzungen betrafen die Mundhöhle; Verletzungen der Car. int. seien ausserordentlich selten.

Pils (Stettin).

J. Roberts. Excision of the lower end of the rectum in cases of cancer.

(Read before the Phil. County med. Assoc. — Reprinted from the med. and surg. reporter — Philad. 1877. 8° 16 S.)

Die Exstirpation des Rectum wegen Carcinom (oder Prolapsus u. s. w.) ist in Amerika noch nicht häufig ausgeführt. 1825 entfernte Brite (Kentucky) 5—6″ vom Rectum wegen Prolaps bei einem 3 jährigen Negerkinde mit Erfolg (Med. recordes. Philad. 1826. Bd. X. p. 311). Heustis 1832 operirte bei einem 6jährigen Kinde aus demselben Grunde (Amer. journ. of med. scienc. Bd. XI. p. 411). Bushe (On diseases of the rectum. New-York 1837. p. 294) entfernte 1832 den 1. Mastdarmkrebs. Der Mann starb 7 Monate später an Erschöpfung. Mott (New-York) entfernte ebenfalls vor 1839 2 Krebse (Mott's Ed. of Velpeau's surg. 1847).

March (Transact. of New-York State med. Soc. 1868) exstirpirte einen grossen Scirrhus recti mit Erfolg bei einer 26jährigen Frau. Briddon (New-York med. Rec. Jan. u. Arch. of clin. surg. Febr. 1877) operirte bei einem 45jährigen Mulattenweibe. Den letzten bekannten Fall operirte Levis bei einem 52jährigem Manne. Peritonitis. Tod am 4. Tage (Arch. of Clinic. surg. Febr. 1877). Ausserdem sind in jüngster Zeit noch Exstirpationen vorgenommen von R. Wood (New-York), Resultat unbekannt; von Hayes Agnew (Phil.) Pyaemie, Tod u. Levis (St. Francisco), Tod durch Shoc in Folge der Aetherisation und Operation.

Dieser Reihe von Fällen fügt R. folgenden hinzu. Pat. 60 Jahr alt, leidet seit $^5/_4$ Jahren an den bekannten Beschwerden des Mastdarmkrebses. Der Tumor hatte den Anus selbst nicht ergriffen. Oberhalb desselben fühlte man an der vordern Rectalwand die knollige etwa $2^1/_2''$ in die Breite sich erstreckende Masse. Der Zeigefinger erreicht oberhalb des Tumors bequem die vordere normale Rectalwand. Höhe der Geschwulst ebenfalls $2^1/_2''$. Operation 6. Jan. 1877. Incision von der Basis des Scrotum beiderseits um den Anus herum nach hinten zum Steissbein gehend. Die Lösung der hinteren Mastdarmwand war leicht, die der vorderen schwierig wegen der Verlöthungen mit Prostata und Blase. Nachdem so das ganze Rectum gelöst und weit hervorgezogen war, konnte mit grosser Genauigkeit der Tumor entfernt werden. Vor dem Ausschneiden jedoch wurden Fadenschlingen durch die Haut des Anus einer- und die normale Mastdarmschleimhaut anderseits gelegt, um das Entschlüpfen der letzteren nach Excision des Tumors zu verhüten. Gesammter Blutverlust etwa 30,0. Verband mit Carbolöl. Heilung in etwa 15 Tagen; höchste Temp. 38,6. 2 Monate später stellte sich leichte Verstopfung in Folge der Narbenschrumpfung ein. — In Anschluss an diesen Fall stellte R. Messungen an, über den Höhestand der Plica Douglasii über dem After und fand, dass diese Entfernung in situ etwa $1^3/_4''$ beträgt. Die Entfernung des Ansatzes des Peritoneum an die vordere Rectalwand vom Anus beträgt dagegen etwa $3^3/_4''$.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

R. Steele. Case of psoriasis treated by an ointment of chrysophanic acid and by phosphorous perles.

(Med. times and gaz. 1878. Mai 4.)

53jähriger Arbeiter leidet seit acht Jahren an Psoriasis an Ellenbogen, Vorderarmen und der rechten Hüfte, jeder Behandlung trotzend. Dreimal täglich $^1/_{30}$ Gran Phosphor innerlich, Einreibung mit einer Salbe von 8 Theilen Chrysophansäure auf 30 Theile Fett. Schnelle Besserung; nach $2^1/_2$ Monaten, während deren Pat. theilweise täglich $^3/_{10}$ Gran Phosphor genommen, war das Exanthem vollständig verschwunden.

H. Wildt (Berlin).

Grellety. Sur l'érysipèle lié à la menstruation.

(Soc. méd. des bureaux de bienfaisance de Paris 1878. April 16. — Revue de Thérap. méd.-chir. 1878. p. 306.)

Der erste Fall betrifft eine junge Frau, welche regelmässig zur Zeit der Katamenien von einem leichten Gesichtserysipel befallen wurde. Mit dem Eintritt der Menses, welcher gewöhnlich künstlich herbeigeführt werden musste, verschwanden die Erscheinungen wieder. — Im zweiten Falle wurde eine 47jährige Frau im Verlauf einer anderen Krankheit von einem Gesichtserysipel befallen, welches sich sofort besserte und schwand, als die um diese Zeit erwarteten Menses eintrafen. — Verf. bezeichnet die Krankheit als »érysipèle cataménial«.

Eine analoge Beobachtung theilt noch Dal-Piaz mit; nach seiner Angabe litt ein junges 16jähriges Mädchen 5 Monate lang periodisch und zwar regelmässig zur Zeit der Menstruation an einem solchen Gesichtserysipel, das sich mit dem Eintritt der Regel wieder verlor. **A. Hiller** (Berlin).

Starr. Spontaneous cure of goitre, following an attack of thyphoid fever.

(Philad. med. times 1878. p. 344.)

Die 36 Jahr alte Pat. war 1868 aus Baden nach Amerika ausgewandert. Ihr Geburtsort soll kein günstiger Boden für die Entwicklung von Kröpfen sein, und letztere fehlen in der Familie der Pat. gänzlich. Die ersten Anfänge des Kropfes datiren seit 1867, und stellten sich 2 Wochen nach der 1. schweren Entbindung ein. Die Geschwulst wuchs sehr langsam, bis nach einer 2. schweren Entbindung 1874, wo sie sich schnell vergrösserte und auch Athembeschwerden und Schmerzen machte. Als Pat. 1877 als typhuskrank ins Spital gebracht wurde, war die Vergrösserung der Schilddrüse vollkommen symmetrisch auf beiden Seiten, die Geschwulst reichte bis zum Sternum abwärts, sie fühlte sich fest, etwas elastisch an; Haut über derselben normal. Der Typhus verlief sehr günstig, es stellte sich eine leichte Parotitis im Verlauf desselben ein. In der Reconvalescenz, 5 bis 6 Wochen nach Beginn der Affection, als Pat. bereits das Bett verlassen hatte, entwickelte sich in der Schilddrüse, etwa in der Mittellinie, ein Abscess, welcher erst nach etwa 14 Tagen aufbrach und 30,0 Eiter entleerte; die zurückbleibende Fistel schloss sich erst nach 2 Monaten. Die Schilddrüse war währenddem successive immer kleiner geworden, hatte fast die Dimensionen einer normalen angenommen. Alle Beschwerden hatten aufgehört. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Rose. Fall von bösartigem Mumps.

(Correspondenzbl. für schweiz. Aerzte. Bd. VIII. No. 3.)

Gelegentlich einer Epidemie beobachtete R. einen 20jährigen Maler, der nach überstandener Parotit. duplex, auf der linken Backe einen 2 Finger grossen, tympanitisch klingenden, und mit stinkenden Gasen gefüllten Abscess zeigte. Rachenperforation trat ein; Emphysem bis zum Scheitel. Unter Dyspnoe ohne Laryngostenose starb Pat. am 9. Tage. Die Section ergab Jaucheinfiltration von der Wunde unter der unveränderten Haut des Halses bis ins Herz. Schilddrüse in eine schwarze stinkende Masse verwandelt. Apfelgrosse Herde von Lungengangrän. **Pauly** (Posen).

Wiegandt. Ein Fall von Riesenzellensarkom der Mamma.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 48. p. 406.)

Bei einer 60jährigen, anämischen und an chronischer Bronchitis leidenden Frau wird ein seit 3 Monaten bestehender faustgrosser Tumor der linken Mamma exstirpirt, nachdem vor $1^3/_4$ Jahren eine hühnereigrosse Geschwulst an derselben Stelle excidirt worden war. Die Achseldrüsen sind mit ergriffen und zeigen dieselben Verhältnisse, wie der Tumor: Spindelzellen und grosse Rundzellen, dazwischen 2—3 Mal grössere Riesenzellen mit vielen Ausläufern und Dutzenden von theils wand-

ständigen, theils klumpig angehäuften Kernen, ausserdem mit Vacuolen. Verf. möchte diese Riesenzellen zum Theil für Durchschnitte veränderter Blut- und Lymphgefässe ansprechen. **Mögling** (Tübingen).

L. Kugelmann. Fall von Elephantiasis der Clitoris und rechtenNymphe.

(Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. III. 5. 152.)

Frau von 27 Jahren, abortirte 2 Mal im 3. Monat, dann war in $^1/_2$ Jahr normale Geburt. Während dieser Schwangerschaft Varicen und Anschwellung der unteren Extremitäten; 3 Monate vor der Geburt trat eine weiche fingerdicke Geschwulst aus den Genitalien. Jetzt Pat. seit $2^1/_2$ Monat schwanger. Grosse Labien mässig dick, wie oedematös. Von der Clitoris ausgehend, ein stark mannsfaustgrosser Tumor, an der untern Hälfte warzige Erhabenheiten, ebenso die oberer Hälfte der rechten Nymphe degenerirt, Praeputium clitoridis normal. Auf der Haut der rechten Hinterbacke einige warzige Prominenzen. Wegen raschen Wachsthums Operation. Nach Unterbindung der Clitoris 2 cm oberhalb des Präputiums Abtrennung der Geschwulst. Compressen mit Carbolöl. Gewicht der Geschwulst 430 g. Rasche Genesung. Keine Unterbrechung der Schwangerschaft. Mikroskopische Untersuchung ergab als Charakter der Geschwulst den eines Myxoms mit geringer Hyperplasie der Schleimhaut. **Benicke** (Berlin).

Socin (Basel). Fall von Schussverletzung in der Herzgegend.

(Correspondenzbl. für schweizerische Aerzte 1878. Bd. VIII. Hft. 2.)

Bei einem 15jährigen Selbstmörder war am 24. Februar 1877 eine Revolverkugel gerade in die Gegend des Spitzenstosses eingedrungen und wies die physiologische Untersuchung einen Hämato-Pneumothorax nach. Lister-Verband, Analeptica. In den nächsten Stunden Fortdauer der innern Blutung; Abends bei Hustenbewegung ergoss sich ein Schwall arteriellen Blutes aus der Wunde. Noch am 25. Februar fehlte der Herzstoss und war vorn wenig Schall, hinten Dämpfung vorhanden; am 26. Februar deutliches pericarditisches Reiben, an dessen Stelle nach einigen Tagen eine bedeutende bis 2″ über dem rechten Sternalrand reichende Dämpfung trat. Vom 23. März nahm pericarditisches und pleuritisches Exsudat rasch ab; am 2. April stand Pat. auf, am 11. April schlug die Herzspitze genau an die Narbe an. Die in der Rückenmuskulatur vermuthete Kugel flog unter Husten 15. April beim Bücken aus der Tiefe des Schlundes. Danach folgte nach einigen Minuten ein Esslöffel hellrothen Blutes. Jetzt ist Pat. bis auf eine etwas verbreiterte Herzdämpfung ganz gesund. S. betont die Kürze in der modernen Darstellung der Herzverletzungen, die Verwerflichkeit der Sondenuntersuchung, die »nicht so schlimme Prognose«. (S. Fischer giebt für Herzwunden 10%, für Herzbeutelverletzungen 30% durch spätere Sectionen nachgewiesener Heilungen an. Hier war wohl das Pericard verletzt, Fieber trat erst mit Pericarditis ein. Eine Verletzung des Herzfleisches selbst ist nicht sicher auszuschliessen.

Pauly (Posen).

Raab. Casuistische Mittheilung aus Prof. Billroth's Klinik. Aneurysma der Arteria Poplitea. Heilung durch Einwicklung mit der elastischen Binde.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 8 und 9.)

Ein 36jähr. Mann empfand beim Sprunge über einen Graben, wobei er ausglitt und sich aufrecht zu halten strebte, plötzlich einen stechenden Schmerz in der linken Kniekehle. Der einige Zeit später gemachte Versuch, durch forcirte Flexion das Aneurysma zu heilen, hatte dessen Berstung zur Folge, mit diffuser Schwellung des Unterschenkels und Wadenkrämpfen. Bei ruhiger Bettlage wurde allmälig ein erträglicher Zustand herbeigeführt, bis der Kranke mit einer Geschwulst von der Grösse einer doppelten Mannsfaust Billroth's Klinik aufsuchte. Das Bein wird erhöht gelagert und täglich mit der elastischen Binde eingewickelt.

Diese wird am Unterschenkel mässig fest, über dem Aneurysma ziemlich lose und am Oberschenkel so fest gelegt, dass in der Geschwulst die Pulsation verschwindet. Schmerzen liessen das Verfahren anfangs nur einige, später bis 20 Minuten lang ausdehnen; danach wurde die Cruralis durch Signoroni's Compressorium comprimirt (bis 4 Stunden lang) und die Binde abgenommen. Ein intercurrirendes neues Schwellen des Aneurysmas störte für einige Zeit die Behandlung, doch erfolgte allmälig Heilung. Ferner werden die übrigen durch die Methode der localen Anämie erzielten Resultate bei Behandlung der Aneurysmen (im Ganzen 7 Heilungen bei 8 Fällen) und die nothwendigen Vorsichtsmassregeln angegeben. Besonders ist der Punkt hervorzuheben, dass vor dem Lösen der elastischen Binde die Hauptarterie durch ein Compressorium geschlossen wird, damit nicht gebildete Gerinnsel fortgespült werden. **v. Mosengeil** (Bonn).

Knauth. Resection der Scapula durch ein Trauma.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 11.)

Einem 10jährigen Knaben wurde durch das Messer einer Häckselmaschine die Scapularpartie in der Gegend des Proc. coracoides abgeschlagen; Heilung erfolgte unter Anwendung antiseptischer Verbände. **v. Mosengeil** (Bonn).

Schüller. Ein Fall von subperiostaler Diaphysenresection mit nachfolgender Periostnaht bei einer durch Sehnenzwischenlagerung bedingten Pseudarthrose der Tibia.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 9.)

Die 40jährige Pat. hatte durch Ueberfahren werden eine einfache Fractur des Unterschenkels zwischen unterem und mittlerem Drittel erlitten, die jeder Behandlungsweise trotzte und nach 5 Monaten noch abnorme Beweglichkeit erkennen liess. Da auch das Einschlagen von Elfenbeinstiften wegen der starken seitlichen Dislocation der Bruchenden als unzweckmässig erschien, machte S. unter Lister die Diaphysenresection mit darauf folgender Naht des Periostes. Nachdem die Tibia blossgelegt war, wurde das Periost sorgfältig abgelöst und es zeigte sich nun, dass keine Spur von Callus vorhanden war; die Bruchenden erschienen aufgetrieben und zwischen denselben lief das sehnige Ende des M. tibialis anticus. Die Sehne wurde herausgehoben und an ihren Platz gelagert und hierauf von beiden Bruchenden je eine 1 cm dicke Scheibe resecirt, die Knochenenden einander gut angepasst und nun das Periost genau mittelst Catgutfäden vereinigt und ein bis über das Knie reichender Gypsverband über den Lister'schen angelegt. Der Verlauf war fieberlos, der Erfolg ein vollständiger, die Verkürzung der Extremität betrug nur $^1/_2$ cm. **Urlichs** (Würzburg).

Die 51. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, welche statutengemäss vom 18. bis 24. September d. J. in Cassel tagen sollte, muss auf einstimmigen Beschluss der Geschäftsführer und des Central-Comités 8 Tage früher, vom 11. bis 18. September abgehalten werden, ohne dass sonst an dem bereits veröffentlichten Programme etwas anderes, als das Datum des betreffenden Wochentages geändert würde.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 35. Sonnabend, den 31. August. **1878.**

Die Abkühlung und Elevation als Blutersparungsmethode.

Von

Dr. **Julius Wolff**,
Docent der Chirurgie zu Berlin.

Reflexionen über den Werth des Operirens bei herabhängendem Kopf haben mich zu Untersuchungen veranlasst, welche zum Zweck hatten, möglichst genaue Zahlenwerthe für die Schwankungen der Blutfülle eines bestimmten Körpertheils, je nach der verschiedenen Haltung desselben, zu finden.

Ich suchte diesen Zweck mittelst fünf verschiedener Methoden zu erreichen, unter denen mir diejenige der vergleichenden Tempera-

turmessungen der geschlossenen Hohlhand bei vertical erhobenem, horizontal gehaltenem und herabhängendem Arm die am besten verwerthbaren Resultate geliefert hat[1]).

Es zeigte sich, dass der Einfluss der Haltung des Armes auf die Handtemperatur im Allgemeinen ein erstaunlich grosser ist. Es handelt sich nicht etwa um Differenzen von Zehntel- oder halben Graden, die man durch Heben oder Senken des Armes bewirkt. Vielmehr ergeben sich unter Umständen Differenzen von 5, 6, 7, ja noch mehr vollen Graden, um welche in einem Zeitraum von 15—50 Minuten die Handtemperatur durch Elevation des Arms zum Sinken, durch Herabhängenlassen desselben zum Steigen gebracht werden kann[2]). Es sind dies Zahlen, aus welchen die hohe Bedeutung der Volkmannschen verticalen Suspension und des von Lister und von Esmarch empfohlenen Emporhebens der Glieder vor Ausführung der Operation als Ersatz der elastischen Binde aufs Neue in überraschender Weise hervorleuchtet.

Durch Esmarch'sche Constriction der Hand erzeugt man nach einer von Küpper im Jahre 1876 vorgenommenen, so wie nach meinen zahlreichen betreffenden Messungen durchschnittlich einen Temperaturabfall von 4° in 20 Minuten.

Man kann also durch die Elevation unter Umständen einen nahezu oder ganz eben so grossen Temperaturabfall bewirken, wie durch die Constriction.

Ich habe ferner durch meine Messungen festgestellt, dass nach Abnahme des Constrictionsschlauchs das Thermometer in der sich röthenden Hand bereits in den ersten fünf Minuten schnell um volle 3—4 Grad steigt.

Dagegen tritt die Temperatursteigerung, wenn man den Arm aus der elevirten in die horizontale Lage bringt, etwa 5—6 Mal langsamer und selbst, wenn man den Arm aus der elevirten sofort in die herabhängende Lage bringt, auch nicht annähernd so schnell ein, wie nach der Constriction. Der durch Elevation erzeugte Temperaturabfall ist mithin stets ein viel nachhaltigerer, als der durch Constriction veranlasste.

Meine Temperaturmessungen haben nun aber nebenbei noch Folgendes ergeben:

---

[1]) Ich bemerke an dieser Stelle hinsichtlich zweier anderer Methoden der Bestimmung der Blutfülle, durch die ich ebenfalls bestimmte Zahlenwerthe gewann, nämlich hinsichtlich der Methode von Gröbenschütz und der von Mosso, nur Folgendes. Es ergab sich mittelst dieser Methoden, dass bei elevirtem Arm die Hand eines Erwachsenen etwa 12 ccm, Hand, Vorderarm und unteres Viertel des Oberarms aber etwa 30 ccm weniger Blut enthielten, als bei herabhängendem Arm. Indess bedürfen diese Zahlen noch weiterer Controle bei Anwendung von noch mehr vervollkommneten Apparaten. Vergl. die Sitzungsberichte der Berliner physiologischen Gesellschaft in Du Bois-Reymonds Archiv für Physiologie. Sitzung vom 12. Juli 1878.

[2]) Einige speciell aufgeführte Beispiele finden sich in dem oben citirten Sitzungsberichte.

Bei verschiedenen Menschen, welche dieselbe Armhaltung einnehmen, und welche sich auch sonst unter anscheinend völlig gleichen Verhältnissen befinden, zeigt die Temperatur der geschlossenen Hohlhand auffällig grosse Verschiedenheiten, die sich mitunter bis auf 12 und mehr Thermometergrade belaufen.

Der Grund dieser Verschiedenheiten liegt einmal darin, dass hier offenbar individuelle Unterschiede obwalten, und zweitens darin, dass die Intensität und die Dauer des Contractionszustandes der Gefässe der Hand je nach der verschiedenen Temperatur der Luft oder des Wassers, die vor Beginn der Messung auf die Hand eingewirkt haben, sehr verschiedene sind.

Ist die Hand durch sehr empfindliche Kältegrade, z. B. durch Wasserbäder von 0—5° C. abgekühlt worden, so entsteht in Folge davon eine derart vermehrte Erschlaffung der Gefässe, dass selbst die Elevation des Armes nicht die sehr schnell eintretende Temperatursteigerung der Hand auf 37° und darüber verhüten kann.

Dagegen kann man durch Abkühlung mittelst Luft von 12—15° oder mittelst Wassers von 15—20° C. unter Umständen eine — bei mittlerer Zimmertemperatur — beliebig viele Stunden hindurch andauernde Contraction der Handgefässe bewirken, die so bedeutend ist, dass selbst bei herabhängendem Arm das Thermometer in der geschlossenen Hohlhand nicht über 26° C. steigt, während die Hand blass bleibt und sich kalt anfühlt.

Man ist also, wie sich hieraus ergiebt, im Stande, durch vorausgeschickte locale künstliche Erwärmung oder Abkühlung der Hand den Contractionszustand der Gefässe der Hand bis zu gewissen Grenzen in einer vorher bestimmbaren Weise zu reguliren.

Die hier mitgetheilten Untersuchungsresultate habe ich praktisch zu verwerthen gesucht, und es hat sich dabei Folgendes herausgestellt:

Kühlt man einen Körpertheil vor der Operation 15—30 Minuten hindurch mittelst Irrigation, Esmarch'scher Kühlschlange, kalter Umschläge oder localer kalter Bäder derart ab, dass der Körpertheil nachträglich während längerer Zeit blass und kalt bleibt, und hält man den Körpertheil während der Narkose und während der ganzen Dauer der Operation senkrecht in die Höhe, so gewinnt man durch solches Verfahren eine wirksame Blutersparungsmethode. Kleinere Operationen lassen sich mit diesem Verfahren, ohne dass irgend ein Druck auf die Gefässe ausgeübt wird, fast absolut blutleer ausführen, und bei grösseren Operationen gewährt das Verfahren, ausser der Verminderung des Blutverlustes, den Vortheil der Beseitigung der Gefahr der nachträglichen Hyperämie durch vasomotorische Lähmung und der erhöhten Gefahr der Nachblutungen, wie sie die Constriction mit sich bringt.

Man muss nur beachten, dass zur Abkühlung nicht Wasser von zu niedrigen Temperaturgraden gewählt werden darf; man würde ja sonst, wie sich aus dem Vorangegangenen ergiebt, das Gegentheil von dem bewirken, was man beabsichtigt hat. Nach meinen bisherigen Erfahrungen bei Operirten scheint es am vortheilhaftesten zu sein, bei Abkühlung durch die Eisblase die Wirkung derselben durch untergelegte leinene Compressen abzuschwächen, bei Abkühlung durch locale Bäder Wasser von 15—20° C., durch Irrigationen Wasser von ca. 10°, durch die Kühlschlange Wasser von ca. 5° zu wählen.

Meine bisherigen betreffenden Beobachtungen sind folgende:

1) Die erste Beobachtung betraf das Evidement des cariösen Metacarpus pollicis sinistri bei der 1½jährigen Hedwig Mersbach[1]. — Vor der Operation wurde die Hand durch ein Handbad von ca. 15° C. 15 Minuten hindurch abgekühlt. Während des Chloroformirens und während der ganzen Dauer der Operation wurde der Arm emporgehalten. Jede Compression im Verlaufe der Hauptarterien des Armes wurde mit Absicht vermieden. Die Blutung war fast Null. Sie bestand darin, dass etwa alle 20 Secunden einmal ein kleines Tröpfchen Blut langsam von der Wunde herabsickerte, während die Wundfläche selbst blutfrei blieb. Vor Anlegung des Verbandes liess ich des Vergleichs halber auf einen Moment den Arm herniederhängen. Sofort quollen dicke Blutstropfen aus der Wunde hervor, die sich zu einem fast continuirlichen Blutstrom vereinigten.

2) Hierauf führte ich bei dem an centraler Ostitis des linken Calcaneus leidenden 26jährigen Kaufmann Könitz die Aufmeisselung des Calcaneus von der Ferse her aus. Der Fuss war zuvor bei horizontaler Lagerung durch eine Eisblase abgekühlt worden. Während der Narkose und der Operation lag Pat. auf einem niedrigen Sopha; dabei wurde das Bein vertical emporgehalten. Die Blutung war um ein Weniges stärker, als im ersten Fall (vermuthlich in Folge der zu intensiven Abkühlung durch Eis), musste indess auch diesmal als eine minimale bezeichne werden.

Nachdem diese beiden Beobachtungen von mir gemacht worden waren, wurde mein Verfahren auf meine Bitte auch von Herrn Geheimrath Bardeleben erprobt. Mit seiner gütigen Erlaubniss, für die ich ihm an dieser Stelle bestens danke, berichte ich hier über den betreffenden Fall.

3) Bei dem in hohem Grade anämischen und schwächlichen 10jährigen Knaben Louis Scherin sollte im Charitékrankenhause wegen ausgebreiteter Caries des Fussgelenks und der Fusswurzelknochen der Pirogoff resp. Syme ausgeführt werden. Patient hatte kurz zuvor auf der Kinderstation der Charité Scharlach und Diphtherie durchgemacht, und es hatte sich dabei eine ausserordentlich grosse Geneigtheit desselben zu Blutungen herausgestellt. Es waren nämlich im Verlaufe jener Erkrankung aus der oberflächlich exulcerirten Lippenschleimhaut mehrmals so heftige Hämorrhagieen erfolgt, wie sie Herr Prof. Henoch seiner Aussage gemäss noch niemals in ähnlichen Fällen beobachtet hatte.

Mehrere Stunden vor der Operation wurde die rechte Extremität hochgelagert, und mit bis auf 8° abgekühlter Burow'scher Lösung von essigsaurer Thonerde irrigirt. Zur Operation wurde Pat. in seinem Bette gelassen. Der Rumpf wurde tief nach dem Fussende des Bettes herabgezogen, und das rechte Bein während der Narkose und bis zum Schluss der Operation vertical emporgehalten. Die Femoralis wurde mittelst Digitalcompression abgesperrt, und nunmehr die Schnittfüh-

---

[1] Fall 1 und 10 waren meiner Behandlung von Herrn Prof. Henoch überwiesen worden, Fall 2 von Herrn Dr. Orgler, 4 von Herrn Dr. Behrend, 5 von Herrn Dr. Ehrenhaus, 6 von Herrn Dr. Tunkel, 7 von Herrn Dr. Lewandowsky und 8 von den Herren Dr. Körbitz und Tunkel.

rung zur Pirogoff'schen Operation vollzogen. Nach Durchsägung des Calcaneus erwies sich die zurückgebliebene Calcaneuspartie als krank, und wurde dieselbe deshalb nachträglich aus dem Periost herausgeschält. Hierauf wurde von den nicht erkrankten Unterschenkelknochen eine sehr dünne Scheibe mit den Malleolen abgesägt.

Die Blutung hierbei war überraschend gering. Die Digitalcompression war offenbar durch die verticale Beinhaltung, und die dadurch bedingte Abschwächung des arteriellen Blutstroms erleichtert, und die Venen und Capillaren erwiesen sich als fast völlig blutleer.

Es wurden hierauf 16 Unterbindungen gemacht. Auch hierbei war die Blutung sehr gering, und namentlich unvergleichlich viel geringer, als bei der Constriction mit ihrer nachfolgenden Lähmung der vasomotorischen Nerven.

Die Abschätzung des im Ganzen bei der Operation verloren gegangenen Blutquantums ergab das Resultat, dass durch die Abkühlung und Elevation der Pat. nicht nur viel weniger Blut verloren hatte, als bei dem vor Einführung der Constriction üblichen Verfahren, sondern auch noch erheblich weniger, als wenn bei ihm die Constriction ausgeführt worden wäre.

Nachdem die Amputationswunde durch 11 Suturen geschlossen worden war, wurde ein Carboljuteverband angelegt — Bei dem Tage darauf vorgenommenen Verbandwechsel zeigte sich, dass nachträglich nur äusserst wenig Blut aus der Wunde hervorgesickert war. Eine Nachblutung erfolgte nicht, und war überhaupt der weitere Verlauf günstig.

Ich selbst habe alsdann noch in den folgenden 7 Fällen mein Verfahren erprobt.

4) Bei dem 4jährigen Leo Steinhard nahm ich, wegen Caries necrotica des rechten unteren Humerusendes, nachdem ich vier Wochen zuvor einen kirschgrossen Sequester extrahirt hatte, ohne dass dadurch Heilung erfolgt war, die Auskratzung der fungösen Massen der Sequesterhöhle vor. Die Abkühlung geschah in diesem Fall mittelst kalter Compressen 15 Minuten hindurch. Elevation während der Abkühlung, Narkose und Operation. Sehr geringer Blutverlust bei der schnell vollendeten Operation.

5) Bei dem 35jährigen Klempner Russ resecirte ich wegen tiefen Panaritiums der Nagelphalanx des rechten Daumens mit ausgedehnter Entblössung des Knochens das erkrankte Knochenstück. Abkühlung durch Irrigation mittelst Wassers von 10° C. — In diesem Falle war die Wirkung der Abkühlung und Elevation mehr, als in irgend einem anderen, in die Augen fallend. Fast während der ganzen Dauer der Operation war, — als wäre die Constriction gemacht worden, — kein einziger Blutstropfen zu sehen, und es ergab sich somit das auch rein physiologisch interessante Factum, dass man ohne irgend eine Compression der Gefässe oder ihrer Hauptstämme im Stande ist, einen, eine vollkommene Blutleere bedingenden Contractionszustand der Gefässe kleineren Calibers zu erzeugen.

6) Bei der 8jährigen Emma Frommann führte ich die ziemlich schwierige und umständliche Sequestrotomie wegen Totalnekrose des rechten Radius aus. Abkühlung durch kalte Compressen eine halbe Stunde hindurch. Während der am elevirten Arm vorgenommenen Operation, die 20 Minuten währte, wurde jede Compression der zuführenden Gefässe vermieden. — Die Abschätzung des verloren gegangenen Blutquantums ergab, dass im Ganzen etwa ein halber Theelöffel voll Blut geflossen war. Dabei war die sehr grosse Wunde selbst fast so blutfrei geblieben, wie bei der Constriction; denn die langsam herabsickernden Blutströpfchen sammelten sich eben nur am unteren Wundwinkel an. Als nach Beendigung der Operation der Arm versuchsweise eine kleine Weile horizontal gehalten wurde, füllte sich ziemlich schnell die ganze Wundhöhle bis an das Niveau der Haut mit Blut, und als schliesslich der Arm auf einen Moment in herabhängende Lage versetzt wurde, strömten alsbald in schneller Folge dicke, fast zu einem continuirlichen Strahl vereinigte Blutstropfen aus der Wunde herab.

7) Bei der 5jährigen Martha Ernst legte ich eine grosse parostale seit

5 Monaten bestehende Abscesshöhle in der Gegend des linken Trochanter major frei. Abkühlung durch grosse kalte Compressen. Während der Operation wurde mit der unteren Extremität auch die ganze Beckengegend in die Höhe gehalten, so dass nur der Kopf und die Schulterpartie der kleinen Kranken platt auf dem Operationstisch lagen. 10 cm lange bis auf das Periost gehende Wunde. — Auch für diese so nahe am Rumpf gelegene Körperstelle erwies sich die Blutersparungsmethode noch als durchaus wirksam.

8) Bei dem 29jährigen Arbeiter August Rosenberg führte ich wegen ausgedehnter seit 2 Jahren bestehender linksseitiger Caries der Fusswurzelknochen und des unteren Endes der Unterschenkelknochen mit elephantiasisartiger Verdickung der unteren Unterschenkelhälfte die Unterschenkelamputation 8 cm oberhalb des Fussgelenks aus. — Die Abkühlung geschah mittelst eines irrigirenden Wasserstrahls von 15° C. — Lagerung des Pat. wie in Fall 2. — In diesem Falle hatte die Elevation und Abkühlung mit Digitalcompression der Femoralis einen weniger zufriedenstellenden Erfolg, als in dem Falle des Herrn Geheimraths Bardeleben. Es lag dies aber nur daran, dass einmal die Abkühlung durch einen einzigen nicht genügend dicken Wasserstrahl sich für den dick geschwollenen und sehr heissen Fuss als unzureichend erwiesen hatte, — wie dies schon beim Anfühlen des Fusses constatirt werden konnte —, und dass zweitens die Amputationsschnitte im Bereich der elephantiasisartig verdickten Weichtheile mit ihren rigiden Gefässen hatten ausgeführt werden müssen. Uebrigens war es nicht zweifelhaft, dass auch in diesem Fall schon durch die Elevation allein ohne genügende Abkühlung viel mehr Blut gespart wurde, als wenn das Bein horizontal gehalten worden wäre. — Heilungsverlauf — unter antiseptischen Cautelen — vortrefflich.

9) Bei dem 57jährigen Kreisgerichtsrath H. aus Gumbinnen operirte ich die Dupuytren'sche Verkrümmung des rechten Mittelfingers nach der Busch'schen Methode. Abkühlung mittelst Wasserbads von 15° C. und Elevation. Blutverlust gering, doch immerhin der Art, dass — wenn man überhaupt, wie Madelung, bei dieser Operation eine Blutersparungsmethode für erforderlich hält —, die Constriction, für die ja in diesem Falle der Nachtheil der nachträglichen Hyperämie irrelevant war, angenehmer gewesen wäre.

10) Bei dem 3jährigen Richard Friedrich führte ich wegen Caries eine rechtsseitige Fussgelenksresection aus, und zwar die Exstirpation des ganzen Talus und das Evidement des grössten Theils des Calcaneus, von dem nur hinten und unten eine dünne Knochenschale zurückgelassen werden konnte. Abkühlung mittelst der Esmarch'schen Kühlschlange mit Wasser von 5° C. und Elevation. Die Blutersparungsmethode — ohne alle Compression — bewährte sich hier wieder vortrefflich. Ein Assistent sah nach der Uhr, und stellte fest, dass im Durchschnitt alle 25 Secunden einmal ein kleines Blutströpfchen langsam vom unteren Wundwinkel aus an der Haut des Unterschenkels herablief.

Eine nachtheilige Einwirkung der localen Abkühlung auf den späteren Wundverlauf kam — wie ich mit Rücksicht auf die von B. Credé in diesem Wochenblatt (1877. No. 12) geäusserten Anschauungen noch besonders betonen will — in keinem Falle zur Beobachtung.

Auch haben sich Unbequemlichkeiten für den Operateur durch die ungewohnte Haltung der Extremitäten des Kranken nicht herausgestellt; im Gegentheil erschien in einzelnen Fällen die elevirte Haltung bequemer, als die horizontale. Bei höhlenförmigen Wunden (vergl. z. B. oben Fall 1, 6 und 10) entstand durch die Elevation noch die besondere Annehmlichkeit, dass die spärlichen Blutstropfen, welche bei der Operation verloren gingen, sich nicht in der Tiefe der Wundhöhle ansammeln konnten, sondern sofort einer nach dem anderen langsam abflossen.

Weitere vergleichende Prüfungen werden ergeben müssen, ob und in wie weit die Abkühlung und Elevation neben der Constriction eine Einführung in die chirurgische Praxis verdient.

H. Settegast (Berlin). Berichte aus der chirurgischen Station im Krankenhause Bethanien zu Berlin, umfassend die Jahre 1873—1876.

(Arch. für klin. Chirurgie 1878. Bd. XXII. Hft. 4.)

Verf. hat seine Arbeit ohne bestimmtes anatomisches Dispositionsschema in von einander gesonderte Abtheilungen angeordnet und beginnt mit der Behandlung der Diphtheritis und den Tracheotomien in Bethanien. In den Jahren 1873 bis 1876 wurden im Ganzen 568 Fälle von Diphtheritis behandelt mit 315 Todesfällen und zwar 274 männliche Individuen mit 160 gestorbenen und 7 ungeheilten und 294 weibliche mit 155 gestorbenen und 4 ungeheilten. Hiervon waren Kinder von 1—15 Jahren, 250 Knaben mit 154 Todesfällen und 7 ungeheilten und 231 Mädchen mit 148 Todesfällen und 4 ungeheilten. Es ergiebt sich demnach für Kinder ein Genesungsprocentsatz von 42,60 %, für Erwachsene von 85,0 %; bei letzteren überwogen die Frauen der Zahl nach und zeigten eine günstigere Heilungsziffer; von den Männern starben 25 %, von den Frauen nur 11,1 %. Eine Erklärung für das Ueberwiegen der Frauen giebt das Abonnement für weibliche Dienstboten, welche oft mit den leichtesten Formen der Anstalt überwiesen wurden.

Von den 87 Erwachsenen kamen 6 zur Tracheotomie mit 4 Todesfällen (66,6 %). Es wurde gewöhnlich die Tracheotomia sup. gemacht.

Von den 481 Kindern wurden 375 und zwar 204 Knaben und 171 Mädchen tracheotomirt, von denen 250 oder 78 % starben und zwar 130 Knaben (81,60 %) und 120 Mädchen (74,03 %), ausserdem blieben 6 Fälle ungeheilt. Von den nicht tracheotomirten 106 Kindern sind 49 genesen, 57 als ungeheilt entlassen resp. gestorben. Diese Gruppe der nicht operirten Kinder setzt sich zusammen aus ganz leichten Fällen; aus Kindern, deren Tod ganz nahe war; aus Kindern, welche ohne Larynxstenose die hochgradigsten Erscheinungen der diphtheritischen Allgemeininfection zeigten; aus schwächlichen Kindern, welche noch nicht $2^1/_2$ Jahre alt waren.

In einem Zeitraume von 16 Jahren (1861—1876) wurden in Bethanien im Ganzen 754 Kinder tracheotomirt; von diesen starben 512, blieben ungeheilt 7, genasen 235 oder 31,16 %. S. zerlegt sodann in 2 folgenden Tabellen diese Resultate nach Jahren und für die Jahre 1873—1876 nach Monaten; die Jahresergebnisse sind ausserdem auf einer graphischen Tafel übersichtlich zusammengestellt. Auch der Einfluss der Jahreszeiten ist neben der Tabellenberechnung graphisch dargestellt; ferner der Einfluss des Alters u. s. w.

In Bezug auf den Einfluss des Alters muss noch einmal hervorgehoben werden, dass unter $2^1/_2$ Jahren nur die kräftigsten Kinder operirt wurden. — Unter 2 Jahren starben sämmtliche Operirte (12); in den darauf folgenden Jahren sind die Heilungen mit dem Alter steigend von 23,65 % — 45,83; eine Ausnahme macht scheinbar das 7.—8. Jahr mit nur 17 Heilungen von 59 Fällen (28,86 %). Die geringe Zahl der über 9 Jahr alten operirten Kinder lässt die gewonnenen Ziffern für die Beurtheilung der Verhältnisse in diesem Alter gegenüber den grossen Zahlen der jüngeren Kinder nicht gut verwerthbar erscheinen.

Was die Operationsmethode betrifft, so kommt in Bethanien bis zum 8. Lebensjahre fast ausschliesslich die Tracheotomia inferior zur Anwendung. S. beschreibt das Verfahren ausführlich. Bei der Nachbehandlung werden seit etwa $2^1/_2$ Jahren Inhalationen mit verschiedenen Flüssigkeiten angewendet. Ein Einfluss auf die Sterblichkeit ist durch dieses Verfahren nicht erzielt worden; dagegen gewährt es den Patienten eine grosse Erleichterung für die Expectoration.

Die Kanüle wurde niemals vor dem 3. Tage fortgenommen, gewöhnlich am 5. Tage; in den letzten 4 Jahren kamen 4 Fälle vor, bei denen die Entfernung derselben erhebliche Schwierigkeiten machte. Ein Knabe, 1874 tracheotomirt, trägt die Kanüle noch.

Bei einem grossen Theil der Kinder war die Diphtheritis mit Scharlach complicirt, seltener mit Masern. Schwere diphtheritische Blutungen kamen in den letzten Jahren 2—3 Mal vor mit 1 Todesfall. Unter 375 Tracheotomien der letzten 4 Jahre fand sich ferner ein tödtlicher Fall von eitriger Mediastinitis. Dieser Fall war nicht aus einem Emphysem entstanden, welches sonst öfter beobachtet wurde, 1 Mal sogar 30 Stunden nach der Tracheotomie. Stets folgte indessen Resorption. Der tödtliche Ausgang erfolgte in der überwiegenden Mehrzahl durch Lungen- und Pleuraaffectionen.

Maas (Freiburg i/Baden).

Schoeler. Jahresbericht der Augenklinik für 1876.

Berlin, **Hermann Peters**, 1877.

Der Bericht enthält nach einer Uebersicht der operirten Fälle (334) noch 2 Capitel. I. Staaroperationen. Von 48 Cataracten wurde 12 Mal die Linse mit der Kapsel entbunden. — Bei Complicationen, die starken Glaskörperverlust befürchten liessen, präformirte Verf. einen Bindehautlappen von der Breite des später anzulegenden Lineaschnittes und führte durch denselben drei Catgutsuturen in die gegenüberliegende Conjunctiva; der vorstürzende Glaskörper wurde dadurch in erwünschter Weise zurückgehalten. Das zweite Capitel heisst: Der Bindehautlappen. Verf. geht von dem Gedanken aus, dass das Pterygium in einer Anzahl von Fällen einen die Heilung von Hornhautgeschwüren vermittelnden Vorgang darstelle, indem eine Schleimhautduplicatur durch Verwachsung mit einem Geschwüre

dasselbe ausfülle und sein Weitergreifen verhüte. Diesen Vorgang ahmte Verf. zuerst an Kaninchen und Hunden nach. Es gelang ihm, verschieden formirte Bindehautlappen mit künstlich erzeugten Hornhautgeschwüren zur Verwachsung zu bringen. Darauf wurde dasselbe Verfahren in 16 geeigneten Fällen am menschlichen Auge angewandt und zwar ausser bei geschwürigen Processen von grösserer Ausdehnung noch bei klaffenden Risswunden der Hornhaut, Hornhautfisteln, Staphylomoperation, perforirenden Scleralwunden und -geschwüren und bei cystoider Vernarbung. — Die Technik der Lappenbildung ist davon abhängig, dass zur Immobilisirung des deckenden Lappens seine Basis am Limbus corneae liegen muss. Verf. hat eine Anzahl durchprobirter Methoden durch Zeichnungen veranschaulicht.

Fraenkel (Chemnitz).

N. Schultz. Ueber die Vernarbung von Arterien nach Unterbindungen und Verwundungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. IX. Hft. 1 u. 2.)

1) Wenn eine Arterie doppelt unterbunden wird, so entsteht in ihrer Wand an der Ligaturstelle und in der Umgebung derselben eine Infiltration von Rundzellen; diese treten wahrscheinlich in's Lumen ein, und bedingen die Bildung des definitiven Thrombus, indem sie sich in gefässhaltiges Bindegewebe umwandeln. — Wucherung des Endothels konnte dabei nicht beobachtet werden. —

2) Wenn eine Arterie einfach unterbunden wird, so entwickelt sich das Gewebe des definitiven Thrombus nicht durch Zelleneinwanderung von aussen her, auch nicht durch Wucherung des Endothels oder einer der Arterienhäute, sondern durch farblose Blutkörperchen, welche von dem zur Unterbindungsstelle hinströmenden Blute abgegeben werden.

3) Wenn eine Arterie angeschnitten wird, so lagert sich zwischen die klaffenden Wundränder ein fibrinähnlicher Pfropf, der durch Verschmelzung weisser Blutkörperchen entstanden ist. Im Lumen der Arterie selbst liegt ein Blutcoagulum, das später verschwindet. — Der Fibrinpfropf wird von Canälen durchzogen (»canalisirtes Fibrin«), die immer breiter werden und später Blut führen. Indem das Fibrin allmälig schwindet, wird der Pfropf zu einem Sacke; nun lagern sich zwischen die breiten Canäle desselben weisse Blutkörperchen ab (»zelliger Sack«), die durch Umwandlung in gefässhaltiges Bindegewebe die Arterienwunde definitiv verschliessen. — In ähnlicher Weise entwickelt sich das Aneurysma traumaticum. **Wölfler** (Wien).

Starke. Die physiologischen Principien bei der Behandlung rheumatischer Gelenkentzündungen.

(Charité-Annalen III. Jahrgang p. 500 ff.)

Es wird die rationelle Anwendung der Massage bei exsudativen Gelenkentzündungen empfohlen und ihre Wirkung durch ein die physiologische Lymphbewegung nachahmendes resp. ersetzendes Mo-

ment erklärt. Das Hauptagens bei der Lymphbewegung ist neben der Respiration die Muskelbewegung. Eine gleiche Wirkung auf die Bewegung der Lymphe hat die Manipulation des Streichens in centripetaler Richtung.

Es werden nun die experimentellen Erfahrungen über den Abfluss von Lymphe aus gesunden und entzündeten Körpertheilen angeführt und erwähnt, dass bei letzteren c. p. das 7—8fache Quantum Lymphe abfliesst, dass diese reich an farblosen Blutkörperchen ist und grosse Gerinnungsfähigkeit besitzt. Mit der Dauer und Intensität der Entzündung wächst der Zellenreichthum und der Fibringehalt.

Diese Entzündungslymphe glaubt Verf. dem allgemeinen Entzündungsexsudate gleichsetzen zu dürfen, welches bei entzündeten Gewebspartien die Schwellung bewirkt.

Verf. bestrebt sich, der Massage für die Therapie entzündlich geschwollener Gelenke die gleiche Bedeutung zu vindiciren, welche sie für die Behandlung entzündlicher Oedeme der Weichtheile bereits besitzt. Durch den Nachweis des Zusammenhangs der Lymphgefässe mit dem Innern der Gelenkhöhlen, wodurch eine Reihe von Krankheitssymptomen bei Gelenkkrankheiten verständlich wurde, erhielt man zugleich Aufklärung über den Resorptionsvorgang bei Gelenkexsudaten. Es lag nun sehr nahe, die Vermittler der Resorption zur Fortschaffung intra- und periarticulärer pathologischer Ansammlungen zu benutzen.

Den grössten Theil des einschlägigen Materials liefert der subacute und chronische monarticuläre Gelenkrheumatismus, die Synovitis serosa resp. fibrinosa, welche sich häufig durch enorme Schmerzhaftigkeit auszeichnet, und auf welche die innere Therapie, Derivantien und Contrairritantien gewöhnlich ohne Einfluss sind. Die Schmerzhaftigkeit dieser Affectionen glaubt Verf. durch die nach allen Seiten hin wirkende Expansion der entzündlichen Exsudate erklären zu müssen, welche sich innerhalb der Gelenkhöhlen ansammeln, welche die ganze Nachbarschaft, das synoviale und periarticuläre Gewebe, die Ansätze der Sehnen, die zugehörigen Muskel- und Nervenscheiden durchsetzen.

Also ist Fortschaffung und dauernde Beseitigung dieser Exsudate das erste Erforderniss der Therapie, und da das Experiment lehrt, dass Bewegung den Flüssigkeitsstrom in den Lymphbahnen beschleunigt, sowohl wenn sie mit normaler, als wenn sie mit entzündlicher Lymphe gefüllt sind, so muss jede Behandlung entzündlich-geschwollener rheumatischer Gelenke mit Bewegungen der Gelenke beginnen.

Die vorzunehmenden Manipulationen sind folgende: Erhebung des Gliedes womöglich zur Senkrechten, um durch Gravitation den Abfluss zu erleichtern. Dabei Streichen, Kneten und Drücken oberhalb des erkrankten Gelenks in centripetaler Richtung, um für die später nachrückenden Exsudatmassen den Weg zu öffnen. Allmälig nähern sich die Streichungen dem Gelenk, und während dieses kräf-

tig umfasst wird, folgen vorsichtige und langsame Bewegungen desselben abwechselnd mit Durchknetungen und Streichen, namentlich längs der Sehnen und Muskelscheiden. Wegen Schmerzhaftigkeit wird bei den ersten derartigen Sitzungen Chloroform gereicht. Die Manipulation darf nicht zu lange fortgesetzt werden, da der Lymphstrom sehr bald versiegt und ohne ihn die Fortschaffung der Exsudatmassen unmöglich ist. Hat man eine merkliche Abschwellung erreicht, treten die Contouren der Muskeln und Sehnen deutlich hervor, so beendet man die Sitzung. Zur Verhütung der Wiederansammlung empfiehlt S. absolute Ruhe, Eis, Compression, Elevation. Zur Compression verwendet er Kautschuckbinden, die nach 10—15 Minuten mit Flanellbinden vertauscht werden. Das Glied wird so aufgehängt, dass Schwingungen möglich sind. Meist genügt eine zweimalige derartige Procedur am Tage.

Bei sehr veralteten Fällen mit Infiltrationen der Weichtheile mit zelligen Elementen, Anlöthungen der Muskel- und Sehnenscheiden, kommt es darauf an, durch vermehrte Saftströmungen und acute Fluctionen die Saftcanäle und Lymphgefässe wieder zu erweitern, um die Bahnen für die Fortschaffung der infiltrirten und abzulösenden Massen wieder frei zu machen. Hier sind die sogenannten Ableitungsmittel, heisse Bäder, Breiumschläge, heisse trockne Sandumschläge etc. am Platze. Allein während der hierdurch hervorgerufenen Fluctionen müssen stets Muskelbewegungen und Massirungen in der geschilderten Weise ausgeführt werden, damit die Gefässerweiterung rechtzeitig zur Abfuhr der gelösten Partikel benutzt wird. Keine Einwicklung mit Cirkelbinden, sie behindert die Circulation; diese ist nur nach den Massagesitzungen während des entzündlichen Stadiums, wo schnelle Wiederansammlungen des Exsudates stattfinden, am Platze. Zum Schluss hebt S. hervor, wie ausserordentlich die therapeutischen Erfolge bei rheumatischen Gelenkentzündungen in den Thermalbädern gehoben werden könnten, wenn man mit den Bädern eine rationelle Massage verbinden würde. Rinne (Berlin).

J. Englisch. Ueber Radicalbehandlung der Eingeweidebrüche.

(Wiener Klinik Bd. IV. Hft. 3. 1878.)

Verf. bespricht im Eingange seiner Schrift die Entstehung von Bruchsäcken und nimmt namentlich Rücksicht auf die Lücken, die in den präformirten Bruchpforten durch das Schwinden des dieselben für gewöhnlich ausfüllenden Fettes entstehen. Die Bedingungen, unter denen eine Radicalheilung eines Bruches erwartet werden kann, sind nach ihm folgende:

1) Feste Verwachsung der Innenfläche des Bruchsackes, so dass die an der Innenseite der Bruchpforte bestehen bleibende trichterförmige Vertiefung sich nicht wieder ausdehnen kann.

2) Unmöglichkeit einer weiteren Verschiebung des Bauchfells

in der Umgebung der Bruchpforte bei möglichst grösster Spannung der festeren Verbindungen des Bauchfelles oder dessen feste Verwachsung durch entzündliche Vorgänge.

3) Verschmelzung der Bruchsackhüllen mit dem obliterirten Bruchsacke zu einem festen Strange.

4) Eine dem Schwunde der letztgenannten Theile entsprechende Verkleinerung der Bruchpforte und innige Verschmelzung derselben mit den durchziehenden Gebilden.

5) Wiederherstellung der normalen Elasticität der die Bruchpforte umgebenden Gebilde.

6) Guter Ernährungszustand der Kranken oder die Möglichkeit, denselben zu verbessern, oder einer weiteren Erschlaffung der Umgebung der Bruchpforte vorzubeugen.

An der Hand dieser Bedingungen betrachtet nun Verf. sehr genau sämmtliche im Laufe der Zeit eingeschlagenen Verfahren zur Radicalbehandlung der Brüche, kritisirt ihre Unwirksamkeit oder allzugrosse Gefährlichkeit und charakterisirt den Werth aller dieser Methoden durch die Angabe, dass die Radicaloperation der Hernien bis in die neueste Zeit sehr viele Gegner gefunden habe, sodass es ganze Länder gäbe, in denen sie in den letzten Jahrzehnten überhaupt nicht geübt wurde. Erst mit der Einführung der Lister'schen Verbandmethode kam diese Operation, wie so viele andere, wieder zur Geltung. Die Operationen von Nussbaum, Annandale, Czerny, Mayer, Risel, Schede und Hofmokl haben wenigstens die Ungefährlichkeit der Operation bewiesen, wenn auch über die Endresultate in Bezug auf etwaige Recidive noch kein bestimmtes Urtheil abgegeben werden kann. Die Methoden der genannten Chirurgen, im Einzelnen von einander abweichend, stimmen darin überein (?Red.), dass sie die Bruchpforte durch die Naht zu verkleinern suchen, während die Behandlung des Bruchsackes eine sehr verschiedene ist. Verf. weist dann auf die bei der Operation sich einstellenden Schwierigkeiten hin, besonders bei der Auslösung des Bruchsackes. Er stimmt schliesslich Schede darin bei, dass wir gewiss berechtigt sind, irreponible und durch Bruchbänder nicht zurückzuhaltende Brüche einer operativen Behandlung zu unterwerfen. In Bezug auf reponible glaubt er aber weiter gehen zu dürfen als Schede und zwar schlägt er für diese Fälle die noch weniger eingreifende Behandlung mit den Schwalbe'schen Alkoholeinspritzungen vor. Verf. beschreibt sehr genau die Technik dieser Methode, den Verlauf der so behandelten Fälle und die üblen Zufälle, die dabei eintreten können (Gangrän der Haut, Entzündung der Tunica vaginalis testiculi, sehr heftige Schmerzen etc.). Verf. hält die Schwalbe'sche Methode für einen bedeutenden Fortschritt in der Behandlung der Hernien.

Den Schluss der Schrift bilden zwei Tabellen, von denen die erste 29 Fälle von blutigen Radicaloperationen enthält, die zweite 12 Fälle von Alkoholeinspritzungen nach Schwalbe.

H. Wildt (Berlin).

J. Hutchinson. Is Hebra's prurigo met with in english practice?

(Med. times and gazette 1877. Dec. 22 u. 29.)

Hebra versteht unter Prurigo eine von den nervösen Elementen der Haut ausgehende, von localen Reizungen unabhängige Hautaffection, die meist in frühem Alter beginnt und unheilbar ist, wenn sie auch Remissionen zeigen kann bei warmem Wetter. Sie charakterisirt sich durch Jucken und durch kleine, dem Jucken immer vorausgehende subepidermoidale, hanfkorngrosse Papeln von der Farbe der Haut; dieselben verschonen Hohlhand, Fusssohle und die Beugeseite der Gelenke. In späteren Stadien der Krankheit gesellen sich dazu allerhand Kratzeffecte, Eczeme, Pigmentirung und Verdickung der Haut. Die Krankheit ist ziemlich häufig. Hutchinson betont, dass ihm kein einziger Fall bekannt sei, der mit dem von Hebra entworfenen Krankheitsbilde übereinstimmt; entweder die Krankheit begann im Kindesalter, wurde aber radical geheilt; oder sie begann im späteren Alter und dauerte nur 1 bis 2 Jahre; mit Ausnahme eines einzigen widerstand kein Fall der Behandlung. Verf. meint, dass die Krankheit nicht nur bei warmem Wetter sich bessern könne, sondern auch umgekehrt; dass Hebra viele Fälle von Lichen pruriginosus unter seinen Begriff subsummirt hat, dass dessen Behauptung, die Krankheit sei unheilbar, dahin zu beschränken sei, dass jede Haut, die während längerer Zeit einer stärkeren Reizung ausgesetzt war, sehr leicht zu Recidiven neige. Verf. hält Prurigo nur für ein Symptom, welches sich zu den verschiedensten Hautkrankheiten gesellen könne, nicht für eine Krankheit sui generis, deren Ursprung unklar und deren Verlauf von der Behandlung unabhängig ist. Die in der Haut auftretenden Knötchen, von denen Verf. zugiebt, dass sie vor dem Jucken sich zeigen können, hält er für einfachen Lichen oder Acne.

Hutchinson theilt mit Ausschluss aller Fälle, die von Scabies, Läusen oder Flöhen direct abhängen oder in denen Parasiten früher vorhanden waren, die Prurigo-Fälle in folgende Kategorien ein:

1) Prurigo bei Kindern im Gefolge von Pocken und Masern, ziemlich häufig. Kleine Bläschen, auch auf Sohlen und Handtellern. Langwieriger Verlauf.

2) Echter Lichen pruriginosus bei Kindern; häufiger als die erste Gruppe; ebenfalls sehr hartnäckig; meist Verschlimmerung im Sommer, der Hauptsaison des Ungeziefers.

3) Prurigo des Jünglings- und Mannesalters, jeden Sommer recidivirend; ähnelt der Acne. Mit Vorliebe auf Gesicht, Schultern und Armen; Jucken ist mässig. Die Knötchen hinterlassen Narben. Beginnt manchmal in den Kinderjahren.

4) Winterprurigo, Verschlimmerung stets im Winter. Meist schlecht genährte Individuen mit schwacher Circulation, sehr geneigt zu Cutis anserina. Niemals im Gesicht, meistens an den unteren Extremitäten beginnend. Selten oder nie bei sehr jungen Leuten.

5) Persistirender Prurigo der Erwachsenen; entspricht dem von Hebra entworfenen Krankheitsbild, ausser dass er erst im mittleren Alter beginnt und der Behandlung zugängig ist.

Verf. theilt mehrere Fälle mit und bemerkt schliesslich, dass die verchiedenen Gruppen eng mit einander verwandt sind und dass auch andere Hautkrankheiten, wie Lichen ruber, Acne, selbst Psoriasis »pruriginös« werden, d. h. mit beträchtlichem Jucken sich verbinden können.

H. Wildt (Berlin).

Magnier. Note sur un calcul salivaire éliminé par le canal de Sténon.

(Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie 1878. No. 4.)

Verf. giebt die Analyse eines durch den Ductus Stenonianus ausgestossenen Speichelsteines.

Wasser			3,33
Organische Substanz		in Aether löslich	0,90
		unlöslich	20,05
Mineralische Bestandtheile	Lösliche	Alkalische Chloride	Spuren
		Alkalische Phosphate	2,56
	Unlösliche	Kohlensaure Erden	Spuren
		Phosphorsaurer Kalk	72,50
		Phosphorsaure Magnesia	Spuren
Verluste			0,66

Th. Kölliker (Würzburg).

L. Purves. On the results of 100 cases of paracentesis of the tympanic membrane.

The Lancet 1878. Vol. I. p. 460. Royal med. and chirurg. Soc.)

Von den üblichen Methoden zur Etablirung und Unterhaltung einer Trommelfellöffnung, Messer, Trephine, Säuren, Salbe, Pancreatine, Galvano-Cauterium, benutzt P. nur Letzteres, mit Zuhülfenahme von Druck resp. Salben. Die häufig verrichtete Paracentese bewirkt eine permanente Verdünnung an der operirten Stelle, welche in gewissem Sinne der Perforation ähnlich wirkt.

Die 100 Operationen wurden an 83 Personen verrichtet; von ihnen wurden 46 temporär oder dauernd gebessert; bei den an Ohrensausen Leidenden wurde in $^1/_4$ der Fälle Besserung erzielt, das Gehörvermögen aber wurde nicht gebessert. Bei 39 Kranken mit getrübtem Trommelfelle erzielte P. 21 Mal Besserung und 5 Mal Besserung bei 7 mit relaxirtem Trommelfell Behafteten. — In der Discussion möchten Cumberbatch und Dalby die Indicationen zur Operation eingeschränkt sehen; letzterer sah 3—400 Mal Hinton die Operation verrichten und meint, dass wenn man, wie bisher, häufig die Paracentese ohne nachgewiesene Ansammlung von Flüssigkeit im Mittelohre mache, dieses keine Wohlthat sei; er hofft, dass man sich in Zukunft mehr mit dem Gedanken befreunden werde, dass das

Trommelfell eine Schutzmembran des Mittelohrs und einen ligamentösen Stützapparat der Gehörknöchelchen darstelle. Nach Brandeis ist die Operation nur bei sicherer Diagnose wohlthätig; zur Etablirung einer permanenten Oeffnung erscheint ihm die Ausschneidung eines Stückchens aus dem Trommelfelle das Beste. Diese Operation sei indicirt bei Ansammlung von Secreten im Tympanum, bei »veränderter Contur« der Membran, Ankylose der Gehörknöchelchen und bei knöcherner Anheftung der Steigbügelplatte im runden Fenster; hier sei Voltolini's Einlegung eines feinen Drainrohrs aus Aluminium zweckmässig; als Perforationsstelle sei der hintere untere Quadrant zu empfehlen. L. Browne erinnert daran, wie schwer es sei, natürliche Perforationen zum Verschlusse zu bringen und möchte ebenfalls mit Dalby dafür stimmen, nur zu perforiren, wenn Flüssigkeitsansammlungen abgelassen werden sollen, Fälle, in denen Purves ja auch die besten Erfolge aufzuweisen habe.

Pils (Stettin).

Bürkner. Kleine Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Gehörorgans.

(Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XIII. Hft. 2 und 3.)

Verf. bespricht:

I. Die Ossificationslücke im äusseren Gehörgang.

Auf Grund von 1178 untersuchten Schädeln kommt B. zu den Schlüssen:

Die Ossificationslücke in der vorderen Wand des äusseren Gehörganges ist am häufigsten zu finden an Schädeln von Kindern vom Anfang des zweiten bis zum fünften Jahre; vom fünften Jahre an wird sie allmälig seltener.

Bei Erwachsenen sind Lücken im äusseren Gehörgang weit häufiger, als gewöhnlich angenommen wird — in 19,2% aller Fälle.

Weibliche Schädel zeigen öfter Lücken im Gehörgange als männliche.

Lücken in der vorderen Gehörgangswand erwachsener Schädel finden sich bei allen Racen gleich häufig.

II. Ein Fall von Caries des Schläfebeins.

Es fand sich in dem Schädel eines Erwachsenen eine cariöse Lücke, die namentlich wegen der Unterscheidung einer solchen von anderen Oeffnungen der vorderen Gehörgangswand beschrieben wird.

III. Zur sogenannten Dehiscenz des tegmen tympani.

In diesem Abschnitt entwickelt B. die Ansicht, dass die häufig constatirten, nicht durch Entzündungsprocesse verursachten Lücken im tegmen tympani und an anderen Stellen der Schädelhöhle, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vom Druck des Gehirns herrühren.

IV. Ein einzelner Knorpel im kindlichen Gehörgang.

Bei der Präparation des Gehörganges von 6 Kindern im Alter von 3 Wochen bis $1\frac{1}{2}$ Jahren fand sich ein schmaler einzelner Knor-

pel. Vom Knorpel der Ohrmuschel an wird der Gehörgang nach innen durch häutige Elemente fortgesetzt, welche an der unteren und einem grossen Theil der vorderen Wand von einem schmalen, hakenförmigen Knorpelstück unterbrochen, resp. abgehoben werden, indem sie den Knorpel überziehen. — **Th. Kölliker** (Würzburg).

Melchiory. Sulle lesioni della colonna cervicale da caduta dall' alto sulla testa.

(Annal. univ. di med. e chir. 1878. Mai.)

Auf Grund zahlreicher eigener und aus der Literatur gesammelter Fälle kommt M. zu folgenden Schlüssen: Wenn bei Fall auf den Kopf der Scheitel oder der hintere Theil des Kopfes aufschlägt, so werden, in Folge der Vorwärtsbeugung von Kopf und Hals, die 5 letzten Halswirbel, und zwar besonders der 5. und 6. verletzt. Bei Fall auf den Scheitel erleiden die Wirbelkörper und ihre Ligamente Compression, Quetschung, Bruch, selten Luxation; diese ist eine Luxation des oberen Wirbels nach hinten. Bei Fall auf das Hinterhaupt kommt es zu Luxation mit oder ohne Fractur, und zwar wird der obere Wirbel nach vorn dislocirt. — Wenn bei Fall auf Scheitel und Hinterhaupt der Kopf zur Seite gedreht war, werden die Gelenkfortsätze dislocirt oder fracturirt. — Bei Fall auf den Scheitel ist der Bogen von Kopf und Wirbelsäule eng, von kurzem Radius; darum comprimiren die Wirbelkörper einander, zerquetschen einander. Bei Fall auf das Hinterhaupt ist der Bogen offener, von längerm Radius; es pressen weniger die Körper auf einander, vielmehr werden die Bänder gezerrt und reissen ein. —

Bei Fall auf den rückgebeugten Kopf, wenn die Stirne aufschlägt, werden Hals und Kopf zurückgebogen, die Verletzungen betreffen die beiden ersten Wirbel und das Gelenk zwischen Atlas und Occiput: Luxation, Fractur. Bricht der Zahnfortsatz, so luxirt sich der zweiten Wirbel nach vorn gegen den ersten. Bleibt er unverletzt, so luxirt der erste Wirbel nach vorn gegen den zweiten.

Escher (Triest).

H. Hadlich (Heidelberg). Ueber die feineren Vorgänge bei der Heilung von Lungen- und Pleura-Wunden. (Aus dem path.-anat. Institute zu Heidelberg.)

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII Hft. 4. 1878.)

H. untersuchte an Hunden und Kaninchen die Heilungsvorgänge einfacher Stich- resp. Schnittwunden der Lunge und der Pleura. Die Wunden hatten niemals einen Pneumothorax bewirkt und heilten ohne Verkäsung oder sonstige Zwischenfälle. Eine ziemliche Zahl der Kaninchen starb unmittelbar nach der Ver-

letzung an Blutung, von den übrigen 30 Kaninchen starben nur 3, davon 1 an einer mit der Verwundung nicht in Verbindung stehenden Peritonitis. Bei der Untersuchung der Lungen zeigte sich zuerst eine mehr oder weniger ausgedehnte Blutinfiltration des Gewebes, wie sie durch den anatomischen Bau und durch die Aspiration des Blutes durch die Bronchien bedingt wird. Die Pleurawunde wird dabei sehr schnell verklebt. Von den dann folgenden Vorgängen ist zuerst die Desquamation der Alveolarepithelien, welche sich als mehr oder weniger getrübte Zellen mit grossem bläschenförmigen Kern und grossem Zellenleib sowohl in bluthaltigen, wie in blutfreien Alveolen finden, dann die Infiltration des ganzen Bindegewebs-Gerüstes der Lunge und der Pleura mit Rundzellen, die sich auch besonders zahlreich in allen Lymphspalten finden, hervorzuheben. — Nur an Stellen stärkerer Entzündung füllen die Rundzellen in grösserer Menge auch die Alveolen. Besonders zahlreich finden sich die Rundzellen in den Wandungen der Arterien, in den kleineren so dicht, dass ein vollständiger Verschluss des Arterienlumens zu Stande kommt. Verf. ist geneigt, diese Zellen für Wanderzellen zu halten. — Indem wir wegen der weiteren Veränderungen: Bildung von Spindelzellen in der Pleurawunde u. s. w. auf das Original verweisen, heben wir aus der Beschreibung der Narben hervor, das sich in der bindegewebigen Narbensubstanz ein System von Hohlräumen findet, die einzelnen zehn Mal so gross und noch grösser als die normalen Lungenbläschen, durch theils vollständige, theils unvollständige Scheidewände getrennt, mit Epithel continuirlich bekleidet und mit Luft gefüllt. Sie communiciren mit den Bronchien. — Obliterationsvorgänge an durch Schnitt getrennten Bronchien wurden nicht beobachtet. Intensivere Entzündungen in dem die Narbe umgebenden Gewebe fand H. nur ein Mal. Das Thier wurde 23 Tage nach der Verletzung getödtet.

Das Verhalten der Pleura-Wunden untersuchte H. an der stärkeren Pleura costalis. Pseudomembranöse Stränge fanden sich unter 38 Fällen nur 4 Mal. Die Vereinigung der Wundränder wurde durch eine ansehnliche Menge Zwischensubstanz bewirkt. Sie zeigte durchaus, auch in ihrer späteren Entwickelung bis zur definitiven Vereinigung der Wundränder, keinen Unterschied von den Vorgängen, wie sie auch sonst von den Wunden ähnlicher Weichtheile beschrieben worden sind. Ausführlicher bespricht Verf. noch die Veränderungen von mehr flächenhaften oder pfropfartigen Exsudatauflagerungen, welche sich in der Mehrzahl der Fälle in der Umgebung der Stichwunde fanden. Zum Schluss wendet sich der Verf. noch zu den Veränderungen, welche die Endothelien unter dem Exsudate eingehen. Wir verweisen wegen der Einzelheiten auf das Original. **Maas** (Freiburg i/Br.).

G. H. Mayer. Der Mechanismus der Symphysis sacro-iliaca.

(Arch. für Anatomie und Physiologie. Anatomische Abtheilung 1878. Bd. I.)

Verf. legt seinen Untersuchungen die von Barkow aufgestellte Zerlegung der Symphysis sacro-iliaca in eine Hemiarthrosis sacro-iliaca und eine Symphysis sacro-iliaca zu Grunde. Erstere umfasst die Superficies auricularis des Kreuzbeins und des Hüftbeins, letztere die Tuberositas des Hüftbeins und die hintere Fläche des Kreuzbeins mit Ausschluss der Ligamenta vaga posteriora. Das Hüftbein verbindet sich mit den drei oberen Kreuzbeinwirbeln und zwar vermitteln diese Verbindung die sich nur allein an diesen drei Wirbeln vorfindenden Rippenrudimente.

Der Antheil, der einem jeden der 3 Wirbel bei der Bildung der Superficies auricularis zukommt, ist ein verschiedener. Die grösste Verbindung besitzt der erste Wirbel; er zeigt die Form eines mit der Basis nach oben gestellten, abgestumpften Dreiecks. Der zweite Wirbel hat eine annähernd quadratische Fläche mit parallelen Seitenflächen; der dritte, der in seiner Form vielfach wechselt, hat nur nebensächliche Bedeutung, so dass für die Verbindung zwischen Kreuzbein und Hüftbein nur die beiden ersten Wirbel besonders massgebend sind. Die erste gelenkartige Bewegung des belasteten Kreuzbeins hat den Charakter einer kreisförmigen und vollzieht sich um eine horizontale, quer durch den 2. Wirbel gelegte Axe. Auf das Vorhandensein dieser Drehaxe deutet am ausgebildeten Becken eine mehr oder weniger vertiefte Grube an irgend einer Stelle des 2. Wirbels. Die zweite Bewegung ist ein Rutschen der Superficies auricularis des Kreuzbeins auf der des Hüftbeins; dieses kommt dadurch zu Stande, dass die Symphysis sacro-iliaca Mittelpunkt der Bewegung wird, während deren fibröse Elemente eine Torsion erfahren. Der Ausdruck dieser Bewegung ist eine kreisförmige, mehr oder weniger lange, von einem concentrischen Wulste umgebene Rinne in der Superficies auricularis des Kreuzbeins. Als Mittelpunkt der Torsion ist eine hügelförmige Anschwellung in der Tuberositas ossis ilei anzusehen, die mit einer Leiste nach vorn in die Crista ossis ilei, nach hinten in die Spina poster. sup. übergeht. Durch das Herabsinken des oberen Theils des Kreuzbeins wird ein starker Zug auf die Lig. vaga ausgeübt und der hinterste Theil des Hüftbeins nachgezogen. Hierdurch wird ein Herabziehen der hinteren Ränder der Superficies auricularis des Hüftbeins unter Mitwirkung des ganzen Hüftbeins und ein Einklemmen des ganzen Kreuzbeins von beiden Seiten her bewirkt. Ferner zeigt in den meisten Fällen der obere Theil des Kreuzbeins geringere Senkung, wodurch die hinteren Ränder beider Hüftbeine eine leichte Convergenz erhalten und in dieser auf das Kreuzbein drängen. In Folge dessen bildet sich auf diesem und vornehmlich an dessen unterstem, dem dritten Wirbel angehörigen Theile eine Hemmungsfläche. Durch diese Hemmung und durch die Einklem-

mung wird der Schluss der Bewegungen gebildet. Die Möglichkeit dieser verschiedenen Bewegungen ist durch die hierzu nöthige Nachgiebigkeit der Symphysis ossium pubis gegeben.

Pinner (Freiburg i/Br.).

Marchand. Ein Beitrag zur Casuistik der Blasentumoren. (Nebst Tafel.) Aus dem pathologischen Institut in Halle.

(Arch. für klin. Chir. Bd. XX. Hft. 3. p. 676.)

M. berichtet über 3 seltene Fälle von Blasentumoren.

1) Sarkom der weiblichen Harnblase. Die hintere Blasenwand eingenommen durch eine unregelmässig höckrige Masse, am stärksten in der Gegend des Trigonum entwickelt und nach unten bis dicht an die Blasenmündung heranreichend. Die Geschwulstmasse nimmt fast die ganze, beträchtlich verdickte hintere Blasenwand ein, bis in die Muskelschicht, deren Streifen noch erkennbar. Die mikroskopische Untersuchung ergab Sarkom.

2) Carcinom der Harnblase bei einem Manne. Der Sitz war an der hinteren Blasenwand. Prostata nicht vergrössert, schien nicht mit der Ulceration in Verbindung zu stehen. Verf. nimmt in diesem Falle eine primär von der Blasenschleimhaut ausgehende Neubildung an.

3) Epidermis-Cancroid der Harnblase. Dasselbe nahm vorzugsweise die Pars prostatica ein, zum Theil auch die seitlichen Theile. Dort hatte die Neubildung eine Perforation und einen grossen pericystitischen Abscess verursacht. Vor einem Jahre war bei dem Pat. die Urethrotomia externa wegen impermeabler Strictur gemacht.

Wie die Untersuchung ergab, handelte es sich in diesem Falle um eine ausgedehnte Verbreitung eines Plattenepithelioms auf die Blasenschleimhaut.

Verf. neigt zur Annahme, dass hier, wo nach Heilung einer Urethrotomie nach kaum drei Monaten sich eine ausgedehnte krebsige Zerstörung vorfand, es sich um eine nachträgliche Entwickelung von Epidermis-Cancroid, gewissermassen durch Implantation in der Prostata und der bereits im Zustande der trabeculären Hypertrophie befindlichen Blase gehandelt habe. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Rose. Ueber den plastischen Ersatz der weiblichen Harnröhre.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. IX. Hft. 1 u. 2.)

Bei einer Frau war nach Diphtheritis die obere Wand der Scheide zerstört, und damit auch die ganze untere Wand der Harnröhre.

Nachdem R. den Versuch gemacht hatte, den Defect mittelst einer Urethroplastik zu schliessen, nach welcher sich die Incontinenz nur wenig gebessert hatte, entschloss er sich dazu, den Mastdarm als Blase und den After als Harnröhren-Schliessmuskel zu benutzen.

Zu dem Zwecke wurde 2 cm über der äusseren Afteröffnung ein

etwa 2 cm langer Querschnitt im Mastdarm gemacht, der schräg aufwärts in die Scheide drang; dadurch wurde eine Recto-Vaginalfistel etablirt; dann wurden die grossen Schamlippen an den einander zugekehrten Flächen angefrischt und wasserdicht vereinigt.

R. nennt diese Operation: »Obliteratio vulvae rectalis«.

Es erfolgte Heilung per primam. Die Kranke hielt den Harn 2 bis 3 Stunden lang, und erholte sich vollkommen; leider starb die Patientin ein halbes Jahr später an einem schon früher bestandenen, durch Lithiasis bedingten Nierenleiden. **Wölfler** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Taube. Eine einfache Extensionsschiene.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1878. No. 12. März 23.)

Anstatt der complicirten theuren Taylor'schen Schiene, die den unangenehmen reizenden Heftpflasterverband verlangt und der an einer Seite ziehenden Schildbach'schen Modification des Sayre'schen Apparates, durch den Pat. genöthigt wird, auf seinen kranken Fuss sich zu stützen, empfiehlt T. folgenden einfachen Apparat: ein leichter runder Stahlstab trägt oben einen Beckengurt oder eine einfache Perinealstütze; unten endigt er in einem festen aber dünnen Queransatz, der an die Höhlung der Sohle eines bis an die Wade reichenden Schnürstiefels befestigt wird, ohne die Höhe des Absatzes oder der Vordersohle zu erreichen. Um zu verhindern, dass der Zug allein an dem Unterschenkel durch den Stiefel erfolge, wird oberhalb des Knies über eine leinene Binde oder die Unterhose eine graduirte Compresse mit Schnallgurt angelegt, von dem 2 Riemen aussen und innen am Unterschenkel herablaufen und in 2 Schnallen an beiden Seiten des Stiefels endigen. Die Verlängerung der Schiene geschieht durch Drehung ihrer unteren Hälfte um das die Verlängerung der oberen Hälfte bildende Schraubengewinde und den von unten eingeschobenen Kopf des am Schuh befestigten Bügels. Der Preis verhält sich zur Taylor'schen Schiene wie 30:50 *M.*

Wenn der Pat. das Bett, in dem er in der Gewichtsextension liegt, verlässt, wird zuerst Schuh und Schenkelcompresse fest angezogen, dann Schenkelriemen und Perinealring straff geschnallt, so dass der Finger sich nicht zwischen Ring und Perineum durchzubohren vermag; zuletzt wird die Schiene durch Schrauben möglichst verlängert.

T. will von der Schiene wesentliche Dienste in der Nachbehandlung der Coxitis gesehen haben. **Boeters** (Berlin).

Kaatzer. Ueber die locale Behandlung der Diphtheritis mit dem Lapisstifte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 46.)

Verf. hat eine Epidemie von 96 Fällen erlebt; der jüngste Pat. war 1½, der älteste 17 Jahre alt. Davon starben 11 im Ganzen und 8, ehe Verf. vom Lapisstifte Gebrauch machte. Verf. meint daher die jetzt vielfach (und mit Recht) missliebige Methode empfehlen zu dürfen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Verneuil. Faits pour servir a l'histoire du phlegmon bronzé.

(Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie 1878. No. 7.)

I. Fall (von Verneuil beobachtet). Contusion des Armes durch Fall ohne äussere Wunde oder Fractur. Erst leichte Symptome, dann tritt rasch ein phlegmonöses

Erysipel ein. Urämische Erscheinungen. Tod 53 Stunden nach dem Fall. Section: Alte parenchymatöse Nephritis.

II. Fall (von Terrier beobachtet). Contusion des Unterschenkels im unteren Drittel. Fractur der Fibula. Eröffnung des Sprunggelenkes. Der Kranke ist Diabetiker und hat Eiweiss im Urin. Phlegmonöses Erysipel, Gangrän des Fusses. Tod 16 Tage nach der Verletzung. Keine Section.

Aus diesen beiden Krankengeschichten zieht V. folgende Schlüsse:

1. Das phlegmonöse Erysipel (phlegmon bronzé) ist bei Kranken mit Dyskrasie ein Anzeichen von Veränderung des Blutes oder Verletzung eines wichtigen Organes.

2. Die Prognose ist in solchen Fällen fast immer ungünstig.

Th. Kölliker (Würzburg).

L. Lindsay. Coloured exudates in eczema.

(Medical times and gazette 1878. März 9 u. 16.)

Verf. beobachtete einen 35jährigen, an periodischer Manie leidenden Geisteskranken, der ein chronisches Eczem namentlich der untern Extremitäten besass, welches ab und zu acutere Attaquen machte. Bei Gelegenheit einer solchen, mehrere Wochen andauernden, färbten sich alle Kleidungs- uud Verbandstücke, die mit den eczematösen Stellen in Berührung kamen, blau und grün. Pat. machte um diese Zeit einfache Wasserumschläge, brauchte keine innerlichen Arzneien, Betrug vollständig ausgeschlossen. Die Farbe erhielt sich mehrere Monate lang in den aufbewahrten Verbandstücken. — Verf. citirt eine grosse Menge von Fällen von ähnlich pigmentirten Secreten und Excreten, kritisirt die Ansichten der verschiedenen Autoren über diesen Punkt und kommt zuletzt zu dem Schluss, dass die wahre Natur seines Pigmentes noch unaufgeklärt sei und auf eine genauere chemische Untersuchung harre.

H. Wildt (Berlin).

Chouet. Iléus consécutif à un traumatisme du ventre, sans obstruction intestinale. Guérison par l'électricité.

(Gaz. hebdom. 1878. No. 9.)

Ch. glaubt in der nachstehenden Beobachtung einen Beleg für die einst von Déchambre ausgesprochene Ansicht zu erbringen, »dass der Symptomencomplex des Ileus auftreten und selbst eine Zeit lang andauern könne, ohne die geringste Anhäufung von Fäcalmassen«. Der Ileus trat im nachstehenden Falle auf in Folge einer beschränkten Paralyse des Darmes, ohne nennenswerthe Obstruction.

Ein 25jähriger kräftiger Orientale, Eisenbahn-Arbeiter, ward von einem Waggon umgeworfen, und hierbei vom Puffer desselben am Bauche, in der Gegend der rechten Darmbeingrube, getroffen. Pat. hatte vor ca. 2 Stunden gefrühstückt. Bei der Untersuchung fand sich der Bauch weich, schmerzhaft nur in der contusionirten Gegend. Kein Bluterguss, weder unter der Haut, noch in der Bauchwandung. Pat. hatte selbst das Gefühl; dass ihm Nichts fehle. — Doch am nächsten Morgen war das Bild wesentlich verändert. Pat. hatte schlecht geschlafen; intermittirend treten Schmerzen im jetzt aufgetriebenen Bauche auf; der Druck auf die rechte Fossa iliaca sehr schmerzhaft. Auch galliges Erbrechen stellte sich ein Pat. ist sehr matt. Der Puls frequent, gespannt, doch kein Fieber. Seit dem Unfalle trotz Abführmittel hartnäckige Retention von Stuhl und Urin; dafür continuirlicher Singultus und Erbrechen von fäcalartigen Massen. Bauch enorm aufgetrieben; dabei aber nirgends eine Ansammlung von Fäcalmassen zu constatiren. Zunehmender Collaps des Pat.

Verf. wandte jetzt sofort die Elektricität (intermittir. Strom) an; einen Pol am After, den anderen am Munde. Da aber der Strom unangenehme Erscheinungen von Seite der Thoraxorgane (vermehrter Singultus, Stickanfälle) hervorrief, so ward der eine Pol vom Munde weg an die Seitenwand des Bauches gebracht. Sitzung von 10 Minuten. Man hörte gurgelnde Geräusche im Darm. Auch die Blase wurde elektrisirt, jedoch ohne Erfolg, es musste der Katheter applicirt werden.

Am folgenden Tage 2. Sitzung mit Anwendung des elektrischen Stromes. Wieder kein Erfolg. Abends jedoch, bei erneuter Anwendung der Elektricität, plötzlich ein starkes gurgelndes Geräusch im Darm; hierauf geht Pat. zu Stuhle. Geringe Menge von entleerten Fäcalmassen, die überdies nicht hart, mit etwas Flüssigkeit diluirt sind. — Das Erbrechen kehrte jetzt nicht mehr wieder; der Zustand des Pat. besserte sich rasch. Am längsten persistirte die Paralyse der Blase. Eine eitrige Urethritis, die 20 Tage andauerte, verzögerte die sonst complete Heilung; zu Ende der 4. Woche verliess Pat. das Spital.

Verf. bemerkt zu diesem Falle, dass 3 Momente dabei besonders beachtenswerth seien: die beschränkte Darmparalyse durch Abdominalchoc (Trauma des Bauches); die Harnblasenparalyse in Folge der Einwirkung desselben Traumas, und die Heilung dieser Zufälle durch die Elektricität.

Déchambre meint dagegen am Schlusse dieses Artikels, dass es sich im obigen Falle wohl nur um eine Typhlitis gehandelt haben dürfte, indem durch den Stoss des Puffers eine Entzündung der tiefgelegenen Gewebe um das Coecum herum verursacht worden sei; dabei wolle er aber eine Parese des Darmes nicht in Abrede stellen. Immerhin sei Ch.'s Fall interessant durch die erfolgreiche Anwendung der Elektricität, welche bisher bei der Behandlung des Ileus keiner besonderen Gunst sich zu erfreuen hatte. **Fr. Steiner** (Wien).

Staples. Reduction of strangulated inguinal hernia by aspiration.

(Medical times and gazette 1878. April 13.)

40jähriger gesunder Soldat, seit einem Jahre mit rechtsseitigem Leistenbruch behaftet, stets Bruchband getragen. Einklemmung seit der Nacht beim Drängen in Folge starker Diarrhoe; heftiges Erbrechen, Fieber. Vergebliche Taxisversuche; deshalb 20 Stunden nach der Einklemmung Einführung der feinen Nadel eines Aspirator in den Tumor, Entleerung von $1^1/_2$ Unsen röthlicher Flüssigkeit und etwa ebensoviel Gas. Sofortiger Collaps des Tumor und leichte Reposition in die Bauchhöhle: ungestörte Reconvalescenz. — Verf. spricht sich auf Grund dieses Falles sehr für die von Démarquay empfohlene Aspiration bei eingeklemmten Hernien aus, natürlich nur in frischen Fällen, wenn man sicher ist, dass das eingeklemmte Eingeweide noch unversehrt ist. **H. Wildt** (Berlin).

M. Beck. Cases of strangulated hernia. — University college hospital.

(Medical times and gazette 1878. Jan. 5.)

1. Fall. 36jähriger Schreiber; Harnröhrenstrictur in Folge eines Falles auf den Damm seit 14 Jahren. Angeblich plötzliche Entstehung des Bruchs vor drei Jahren unter Einklemmungserscheinungen; Taxis; seitdem Bruchband. Seit drei Tagen von neuem Einklemmung der Hernie, Erbrechen, aber nicht kothig. Stuhlverstopfung. Es fand sich eine rechtsseitige eingeklemmte Leistenhernie, rechter Testikel im Leistencanal zu fühlen. Vergeblicher Taxisversuch; Herniotomie mit Eröffnung des Sackes unter antiseptischen Cautelen; der Testikel wurde sichtbar blieb unberührt. — Zugleich Katheter No. 1 in die Blase eingeführt, der liegen blieb. Stuhl am 5. Tage nach der Operation, Pat. mit geheilter Wunde am 14. Tage entlassen. Der permanent einliegende Katheter war allmälig verstärkt worden, so dass bei der Entlassung No. 12 mit Leichtigkeit eingeführt werden konnte.

2. Fall. 32jähriger Tischler; angeborene faustgrosse linksseitige eingeklemmte Leistenhernie. Nach vergeblichen Taxisversuchen Herniotomie mit Eröffnung des Sackes unter antiseptischen Cautelen. Hernie leicht reponirt. Stuhl am 6. Tage nach der Operation; mit per primam geheilter Wunde am 12. Tage entlassen.

3. Fall. 56jährige Dienerin; vor einem Monat glückliche Reduction einer eingeklemmten linksseitigen Schenkelhernie durch Taxis. Jetzt Einklemmung. Erbrechen, Stuhlverhaltung seit 2 Tagen. Hernie ist wallnussgross, das Erbrochene faeculent. Taxisversuche vergeblich. Unter antiseptischen Cautelen Herniotomie. Nach Durchschneidung des Lig. Gimbernati lässt sich die Hernie reponiren, so dass

der Bruchsack gar nicht geöffnet wurde. Heilung mit Eiterung, Temperatur stets normal. Stuhl am 4. Tage, geheilt entlassen am 25. Tage nach der Operation.

4. Fall. 56jährige Schneiderin; seit fünf Tagen in Folge von »Ueberhebens« Anschwellung in der rechten Weiche, Stuhlverhaltung, Erbrechen. Bei der Aufnahme fand sich eine wallnussgrosse, elastische, etwas druckempfindliche Anschwellung am rechten Schenkelring, Percussionsschall dumpf. Taxis vergeblich versucht. Herniotomie. Es fand sich eine Portion Netz adhärent, welches mit Catgut unterbunden und abgeschnitten wurde. Antiseptischer Verband. Stuhl am 4. Tage nach der Operation; keine prima intentio. Nach drei Wochen mit kleiner Fistel entlassen. **H. Wildt** (Berlin).

Weil. Casuistische Mittheilungen aus der II. chirurgischen Klinik in Prag. Spontane Luxation des rechten Hüftgelenkes nach Typhus.

(Prager med. Wochenschrift 1878. No. 7.)

Die vorliegende Krankengeschichte enthält kurz Folgendes. Der 15jährige, an Typhus abdominalis erkrankte Pat. nahm zumeist die linke Seitenlage ein, wobei das rechte Bein, in Knie und Hüfte stark gebeugt, in starker Adduction auf dem linken Beine, dasselbe kreuzend, lag. Zu Ende der 4. Woche entstand sehr rasch eine schmerzhafte Anschwellung der rechten Hüftgelenksgegend und nach weiteren 2 Wochen brach die Geschwulst hinter dem Trochanter durch, reichlichen Eiter entleerend. Diese Fistelöffnung vernarbte in der 10. Woche und jetzt nahm der Kranke Verkürzung des rechten Beines wahr, wobei er bei Bewegungen deutliches Krachen im Gelenke fühlte. Es wurde eine Luxation des Hüftgelenkes constatirt und die Einrichtung ausgeführt, jedoch kehrte das Bein beim Nachlassen des Zuges in die fehlerhafte Stellung zurück; auch fühlte man über dem Trochanter ein frei bewegliches Knochenstück, das ohne Zweifel der abgelöste obere Pfannenrand war. Die Heilung im Volkmann'schen Extensionsverband nahm 9 Monate in Anspruch. Verf. hält dafür, dass die Luxation durch die Lage des Pat. und die hierdurch entstandene Gelenkentzündung sich allmälig entwickelte.

Urlichs (Würzburg).

v. Mosengeil. I. Heilung einer ausgedehnten Verletzung bei Anwendung eines antiseptischen Contentivverbandes.

II. Operative Heilung einer Radialis-Paralyse, bedingt durch Compression des Nerven in einer Narbenmasse.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1878. No. 15. April 13.)

v. M. stellte in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde obige zwei Patienten vor.

1) Der Erste war von einem Transmissionsriemen an der rechten Hand gefasst, auf das Rad geflochten und ca. 200 Mal mit demselben herumgeschleudert, wobei die Füsse stets auf den Boden aufgeschlagen wurden. Es fand sich eine Fractur des rechten Oberarms, eine complicirte Fractur des Vorderarmes; durch die enorme Zerreissung der Weichtheile sahen die 4 Fragmente der Vorderarmknochen durcheinander gekreuzt hervor. Arteria ulnaris und interossea, sowie Nerv. ulnaris zerrissen, ebenso die gesammte Streckmuskulatur ausser dem Supinator longus, von den Beugemuskeln der Abductor und flexor pollicis longus, flexor digitorum communis profundus und flexor carpi ulnaris, die Füsse zu runden Säcken angeschwollen, von denen Stiefel und Hosen in Fetzen abgerissen waren. Die Haut excoriirt, hochgradigste Blutinfiltration, so dass sich bezüglich der Integrität der Knochen nichts eruiren liess.

Nach energischer Reinigung und Desinfection reponirte M. die Fragmente, trug die zermalmten Weichtheile ab, unterband, nähte dann Muskeln und Haut bis auf eine kleine Stelle, wo es unmöglich war und ein Drain eingelegt wurde, zusammen, legte einen Salicylwatteverband darauf und gypste über demselben zunächst den Vorderarm ein, reponirte dann die Oberarmfractur und führte den Gypsverband bis zur Schulter weiter. Der Gyps war mit Carbollösung angerührt

und war die Anweisung gegeben, falls Secret durch den Verband käme, denselben mit spirituösen Carbollösungen zu überrieseln. Da an den Füssen ausgedehnte Gangrän zu fürchten war, wurden sie gleichfalls mit antiseptischen Verbänden umgeben. Der Verband am Arm musste selbstverständlich sehr bald wieder gewechselt werden, doch heilten die Verletzungen, so dass Pat. alle Bewegungen im Ellenbogen- und Handgelenk, wenn auch nicht in voller Ausgiebigkeit ausführen konnte. Später entstand ein hochgradiger Schwund des Anfangs sehr starken Callus, der zu Spontanfractur führte, nach deren Consolidation das Resultat wesentlich schlechter war.

2) Ein junger Mann hatte nach einer brandigen Phlegmone am Oberarm eine Lähmung des Nerv. radialis bekommen. Hinten und aussen am Oberarm fand sich eine straffe Narbenmasse, die die Haut fest mit dem Knochen verband. Alle vom N. radialis versorgten Muskeln waren atrophirt, reagirten weder auf galvanische noch inducirte Ströme. v. M. suchte den Nerven an der Grenze des M. supinator longus auf, präparirte ihn nach oben frei, wobei die ganze Tricepsmuskulatur durchschnitten wurde. Der Nerv fand sich von einer mehr als zolllangen Narbenmasse fest an den Knochen angepresst, schien verdünnt und seine Scheide bleicher. Die Wunde wurde genäht, heilte per primam unter antiseptischem Verbande. Nach der Operation fühlte sich die Extremität wärmer an als zuvor und schwitzte; Pat. klagte über Brennen in derselben. Nach mehreren Wochen zeigte sich eine willkürliche Bewegungsfähigkeit, die allmälig mehr zunahm.

Boeters (Berlin).

Bidder. Ein Fall von offenem Splitterbruch des linken Unterschenkels; Heilung unter dem Schorfe; mangelhafte Callusbildung; Milchsäureinjectionen; Massage; schliesslich Consolidation durch Gehübungen.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1878. No. 20—22.)

Ein 28jähriger Mann hatte in der Mitte des linken Unterschenkels eine Splitterfractur erlitten, die Hautwunde war scharfrandig, etwa 3 cm lang. So gut es die Verhältnisse gestatteten, wurde nach Lister bei der Behandlung verfahren und ging die Heilung fast ohne Störung von statten (die Temperatur erreichte einmal 38,8°), so dass die Hautwunde nach 6 Wochen fast vernarbt war, allerdings sich aber wenig Callus gebildet hatte. Es wurde ein Gypsverband angelegt, der nach 3 Wochen erneuert wurde, ohne dass die Fracturstelle sich mehr gefestigt hätte. Durch ein eingeschnittenes Fenster wurde der Druck vermindert und Hautreize angewandt, ohne den gewünschten Erfolg zu erzielen. B. versuchte nun Injectionen von Milchsäure in die Pseudarthrose und gebrauchte zu dem Zwecke anfangs eine Mischung von 10 % Milchsäure und 2 % Carbolsäure in Wasser; dabei ging Pat. unter Schonung des Beines umher.

Die Injectionen wurden mit der Pravaz'schen Spritze theils in die Umgebung der Bruchspalten, theils in die letztere selbst gemacht. Nach 14 Tagen ging B., da die Injectionen auf die Consolidation gar keinen Einfluss hatten, zu einer 50 % Lösung über, die grosse Schmerzhaftigkeit erzeugte und verordnete innerlich Phosphorpillen, worauf nach etwa 14 Tagen die Bruchstelle entschieden fester geworden war, immer aber noch federte; nachdem 4 Wochen hindurch die Massage angewandt war, sich aber noch keine ganz feste Vereinigung der Bruchenden eingestellt hatte, liess B. im Wasserglasverbande forcirte Gehübungen anstellen, die unter starkem Schmerze 2—3 Stunden täglich fortgesetzt wurden, und fand nach 3 Wochen vollständige Consolidation der Fractur.

Urlichs (Würzburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 36. **Sonnabend, den 7. September.** **1878.**

F. Busch (Berlin). Ueber die Nekrose der Knochen.

(Arch. für klin. Chir. 1878. Bd. XXII. Hft. 4.)

Verf. giebt zuerst eine Darstellung der Ansichten, welche verschiedene Autoren über die Ursache der Knochennekrose haben. Experimentell lässt sich Nekrose e r s t e n s durch Eingriffe in die Markhöhle hervorrufen, wenn man diese, am besten nach Zerstörung des Knochenmarks, durch einen Fremdkörper verstopft; Troja nahm Charpie, B. benutzte Laminariastifte. Zerstören des Marks allein reicht meist nicht aus, ebenso wenig wie Entblössen der Knochen vom Periost; wohl aber entsteht Nekrose, wenn man den entblössten Knochen mit Leinwand umwickelt. Ein z w e i t e s Mittel zur Nekrosenerzeugung ist die Glühhitze, welche man entweder auf die äussere oder auf die innere Fläche einwirken lassen kann; ein d r i t t e s die Anwendung starker chemischer Cauterien. Um hierbei die Aufnahme grösserer Säuremengen in die Circulation zu vermeiden, zog

Verf. Baumwollenfäden, welche mit der Aetzflüssigkeit imprägnirt waren, langsam durch die Markhöhle hindurch. Solche Fäden wurden in einem Experimente mit faulender Flüssigkeit durchtränkt durch die Markhöhle gezogen. Zuerst blieben die dazu nöthigen Bohrlöcher im Knochen offen, und der Eingriff blieb fast reactionslos. Dann wurden die Bohrlöcher durch kleine Holzpflöcke verschlossen, und das Thier (Hund) ging bei putrider Eiterung des betreffenden Beins unter septischen Erscheinungen zu Grunde. Aus dem Sectionsbefunde ist besonders eine metastatische Knochenentzündung am linken Humerus hervorzuheben, ferner dass sich in mehreren Röhrenknochen eine Veränderung des Marks fand, welche Verf. als Myelitis bezeichnet. B. bespricht sodann den ursächlichen Zusammenhang dieser Eingriffe mit der Nekrose; er spricht sich ferner nach den experimentellen Ergebnissen und den Erfahrungen am Menschen für die Trepanation resp. Eröffnung der Markhöhle bei acuter Osteomyelitis aus. Die einschlägigen Ansichten und Beobachtungen verschiedener Autoren, besonders die von Ollier sind hierbei ausführlich angeführt.

Der folgende Theil der Arbeit ist der Besprechung des anatomischen Bildes der Nekrose gewidmet, die wir wohl als bekannt voraussetzen können. Verf. führt ferner neben mehreren Fällen aus der Literatur einen von ihm beobachteten Fall an, in welchem eine Totalnekrose der Tibia bei einem 10—12 Jahre alten Bauernjungen zu einer Pseudarthrose führte. — Er warnt ferner vor zu frühzeitiger Sequester-Extraction; doch darf man nicht hoffen, dass eine discontinuirliche Lade nach Lösung des Sequesters zu einer continuirlichen werde. Ebenso scheinen schwache Knochenladen durch eine protrahirte Eiterung schwinden zu können. Nachdem noch die Verhältnisse bei der Lösung der Sequester besprochen sind, erörtert B. die Frage, ob nach dem Schwinden der Epiphysenknorpel durch Ostitis und Nekrose noch eine Zunahme des Längenwachsthums stattfinden könne. Er ist der Ansicht, dass man selbst bei Personen, welche scheinbar über das Stadium des Epiphysenwachsthums hinaus sind, ein ungewöhnlich langes Persistiren der Epiphysenknorpel annehmen kann, wie durch einen Fall von Poncet erläutert wird. Einen Fall fand B. allerdings in der Literatur, der sich nicht nach den Gesetzen des appositionellen Knochenwachsthums ohne Weiteres erklären lässt.

Renault und Rambaud theilen nämlich 1 Fall mit, in welchem eine Osteo-arthritis syphilitica des Ellenbogens bei einer 39jährigen, zwei Jahre vorher inficirten Frau zu einer Verlängerung des kranken Humerus um 11 mm, der kranken Ulna um 6 mm, des kranken Radius um 8 mm gegenüber den gleichen Knochen der gesunden Seite geführt hatte. B. selbst hat bei seinen vielfachen Experimenten niemals die geringsten Anzeigen interstitieller oder expansiver Processe im Knochengewebe gefunden.

(Der von Rambaud und Renault beschriebene Fall ist schon deswegen als Beweis nicht zu benutzen, weil Längendifferenzen

innerhalb der oben angegebenen Grenzen auch bei nicht erkrankten Knochen der rechten und linken Körperseite vorkommen. Ref.)

Maas (Freiburg i/Br.).

Schwalbe. Knorpelregeneration und Knorpelwachsthum.

(Sitzungsberichte der Jenaischen Gesellschaft für Med. und Naturwissenschaften. Sitzung vom 28. Juni 1878.)

Als Erkennungsmarken hatte S. bei einer Zahl von Kaninchen mit dem Locheisen Löcher in die Ohren eingeschlagen. Diese Löcher zeigten von der 4. Woche nach der Operation eine Verengerung, und nach etwa 12 Wochen trat meist vollkommener Verschluss ein. Nach Abstossung des Schorfes überhäutet sich der glatte Wundrand vollständig durch Wucherung des Bindegewebes der Cutis und der Epidermis. Der durch das Locheisen abgeschnittene Knorpel zeigt keine Veränderung. An ihn setzt sich aber nach dem Lochcentrum zu ein heller Saum jungen Knorpelgewebes an, das von dem alten Knorpel scharf abgegrenzt erscheint, ohne durch Zelltheilungsformen mit ihm verbunden zu sein Dagegen setzt sich das Perichondrium des alten Knorpels continuirlich auf den neugebildeten Knorpelsaum fort; seine zelligen Elemente gehen ganz allmälig unter Umwandlung ihrer Form in Knorpelzellen, seine Grundsubstanz unter Aufhellung in Knorpelgrundsubstanz über. Wo S. mehrere Löcher in die Ohrmuschel eingeschlagen hatte, konnte er durch Messungen von Lochmitte zu Lochmitte nachweisen, dass die Löcher nicht auseinanderrücken, dass also das Wachsthum des Ohrknorpels beim Kaninchen nach der Geburt nicht durch Intussusception vor sich gehe. — Allein auch für das Dickenwachsthum des Knorpels ergiebt die nähere Untersuchung, dass es ebenfalls durch Apposition, durch Anbildung von Knorpelsubstanz aus dem Perichondrium zu Stande kommt. Diese am elastischen Ohrknorpel gewonnenen Ergebnisse will S. jedoch nicht auf alle Knorpel übertragen. — Beim embryonalen Skeletknorpel existirt unzweifelhaft ein interstitielles Wachsthum, daneben aber auch ein appositionelles vom Perichondrium aus in der für den Ohrknorpel beschriebenen Weise. Das appositionelle Wachsthum ist um so ergiebiger, je jünger ein Skeletknorpel ist. — Nach Bildung der ersten perichondralen Knochenkruste an den Diaphysen, hängt das Perichondrium nur noch an den Enden der Knochenröhre d. h. mit dem Epiphysenknorpel zusammen und bildet hier die von Ranvier zuerst geschilderte encoche d'ossification. Im Gegensatz zu Ranvier schreibt S. dieser Periostverdickung ebenfalls die Bedeutung zu, durch Umbildung ihrer Zellen und ihrer Grundsubstanz eine appositionelle Wachsthumszunahme des Knorpels zu bedingen. —

v. Lesser (Leipzig).

J. Chabbas. Ueber die Secretion des Humor aqueus in Bezug auf die Frage nach den Ursachen der Lymphbildung.

(Pfluegers Arch. Bd. XVI. p. 143—153.)

Nach den Untersuchungen von Paschutin und Emminghaus sollte arterielle Drucksteigerung auf die Menge der secernirten Lymphe ohne Einfluss sein. Zur Prüfung, ob diese Erfahrungen jener Forscher eine Verallgemeinerung zulassen, hat Verf. unter Grünhagen's Leitung die Secretion des Humor aqueus näher untersucht, indem er von der Annahme ausgeht, dass der Humor aqueus als reine Lymphe anzusehen ist. Eine seitlich mit einem Manometer verbundene Troikartkanüle wurde in die vordere Augenkammer eingeführt und die Secretionsmenge aus der Zahl der ausfliessenden Tropfen bestimmt. Erhöhung des Blutdrucks wurde durch Ligatur der Aorta descendens, auch durch Einträufelung von Nicotin herbeigeführt, Absinken des Drucks durch tiefe Chloralnarkose. C. fand nun, dass die Secretion des Humor aqueus beim Ansteigen des Blutdrucks unzweifelhaft zunimmt, beim Sinken des Drucks abnimmt. Hiernach, meint C., käme den Schlüssen, die Paschutin und Emminghaus aus ihren Versuchen gezogen haben, eine allgemeine Gültigkeit nicht zu.

J. Munk (Berlin).

W. His. Ueber Präparate zum Situs viscerum mit besonderen Bemerkungen über die Form und Lage der Leber, des Pancreas, der Nieren und Nebennieren, sowie der weiblichen Beckenorgane.

(Arch. für Anatomie und Physiologie. Anatom. Abth. 1878. Bd. I.)

Einer Leiche wird bei gleichzeitig eröffneten Vv. jugulares von der Art. femoralis eine $1/2$ oder 1 % Chromsäurelösung bei einem sich allmälig bis auf 100—120 mm Hg steigernden Druck so lange injicirt, bis die oberflächlich gelegenen Schleimhäute sich gelb färben und Chromsäure an Stelle des verdrängten Blutes aus den Venen abfliesst. In Folge der Injection wird das Bindegewebe ödematös geschwellt, alle muskelhaltigen Behälter werden steif und behalten auch nach Freilegung ihre vorherige Form, so Magen, Darm, Blase; die Wandungen der Lungen erhärten in dem Maasse, dass sie nach Eröffnung der Pleurahöhle prall bleiben; ebenso werden die parenchymatösen Organe, Leber, Pancreas, Speicheldrüsen fest. Nach vollendeter Injection wird die Leiche, nachdem die Extremitäten bis auf einen kurzen Stumpf abgeschnitten sind, eingegipst. Um das Einsinken der weichen Leibeswandung und das Zurückziehen der Haut nach der Durchschneidung zu vermeiden, werden vor dem Eingipsen Fäden durch die Haut gezogen, die dieselbe an der Form festhalten. Mit der eigentlichen Eingeweidepräparation wird erst nach Freilegung und Abformung der vorliegenden Skeletabschnitte begonnen. Nach jeder neuen Freilegung wird ein Abguss der vorliegenden Fläche ge-

macht. In der Reihenfolge der so erhaltenen Güsse controliren sich die einzelnen Stücke gegenseitig und hierdurch ist es H. gelungen, den Gesammtcomplex der Organe in völlig entsprechender Weise synthetisch wieder zusammen zu setzen.

Die Präparate der Organe der Brusthöhle, des Herzens und der Lungen zeigen keine Abweichungen von den vorhandenen Beschreibungen, bedeutendere jedoch die Präparate der Unterleibsorgane, vor Allem die der grossen Unterleibsdrüsen. Ueber das Nähere wird auf das Original verwiesen. **Pinner** (Freiburg i/Br.).

Gosselin. Rapport sur le travail de M. Proust: contributions à l'étude des localisations cérébrales, et sur celui de M. Lucas-Championnière: des indications tirées des localisations cérébrales pour la trépanation du crâne.

(Bullet. de l'acad. de médec. 1877. No. 14. p. 363.)

Proust (und Terrillon) berichteten folgenden Fall:

Am 8. Oct. 1876 erhielt ein 19jähriger Mann einen Säbelhieb auf die linke Kopfseite. Wunde, grosser Blutverlust, $^1/_4$stündige Bewusstlosigkeit. Erst nach 12 Tagen Aphasie, Parese des rechten Arms und fast vollständige Facialislähmung rechterseits. 4 Tage später ins Spital gebracht; es zeigt sich eine eiternde Wunde über dem linken Ohr und Fractur mit Eindruck am linken Seitenwandbein. Behandlung: Trepankrone und Heraushebung dreier Stücke, dahinter etwas Eiter, die unverletzte Dura niedergedrückt. Sogleich nach der Operation Aphasie und Parese gebessert, nach 2 Monaten davon kaum noch eine Spur, die Facialislähmung ganz verschwunden. Die Stelle der Compression war die dritte Stirnwindung und deren Nachbarschaft.

Der Fall von Championnière ist folgender:

Durch ein unbestimmtes Trauma waren bei einem 26 Jahre alten Mann ohne locale Zeichen einer Schädelfractur und bei erhaltener Sensibilität Stupor, Lähmung des rechten Arms ohne Lähmung der Schulter, später allgemeine Convulsionen und Todesgefahr eingetreten. Am 7. Tag wird wegen Verdachts eines Splitterbruchs der inneren Tafel mit Compression des Gehirns das linke Scheitelbein blossgelegt, an ihm führt eine Fissur nach vorn zu einer Fracturstelle; dort werden $1^1/_2$ Trepankronen aufgesetzt und man findet einen Splitter, der in die Dura eingedrungen war. Nach dessen Extraction rasche Besserung, der Pat. trinkt, die Anfälle schwinden, am 4. Tag ist die Paralyse verschwunden, nach 14 Tagen spricht der Kranke; 1 Monat später war er geheilt und lebte noch $1^1/_2$ Jahre.

Championnière ist der Ansicht, dass man beim Vorhandensein obiger functioneller Störungen auch ohne localen Befund auf die Rolando'sche Furche zu eröffnen soll, da um dieselbe herum die motorischen Centren liegen. Zu diesem Zweck construirt er am intacten Schädel eine Linie, die äusserlich jener Furche entspricht.

Gosselin fügt einen dritten Fall an:

Am 27. Nov. 1876 bei einem 18jährigen Menschen Kopfverletzung durch einen Dachziegel. Fractur mit Eindruck am linken Scheitelbein, Lähmung beider rechter Extremitäten und leichte Erschütterungserscheinungen. $1\frac{1}{2}$ Stunden später Trepanation und Entfernung dreier Fragmente, davon eines durch die Dura das Gehirn verletzt hatte. Nach 3 Tagen Tod an acuter Meningo-encephalitis. Die Hirnverletzung betraf nur die aufsteigende Frontalwindung und die aufsteigende Scheitellappenwindung.

Durch Vergleichung der 3 Fälle kommt Gosselin zu dem Schluss: aus den functionellen Störungen allein kann man nicht auf die Art der localen Beeinträchtigung des Hirns und seiner Häute schliessen, deshalb soll ohne gesicherte Localdiagnose nicht trepanirt werden (contra Championnière). Nur penetrirende Schädelfracturen mit Luftzutritt gestatten die Trepanation. Vermuthete Verletzungen der inneren Tafel ohne oder mit äusserer Wunde fordern nur die secundäre Trepanation beim Eintritt rebellischer intracranieller Entzündungserscheinungen (auch bei Schussverletzungen). Die antiseptische Wundbehandlung ändert an der Strenge der Indicationen nichts.

Mögling (Schwenningen).

Bourdon. Recherches cliniques sur les centres moteurs des membres.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1877. No. 43. p. 1076.)

B. tritt der Ansicht Gosselin's (vergl. oben) gegenüber und will für gewisse Fälle, in denen keine complicirte Fractur besteht, die Trepanation zulassen, weil die physiologischen und pathologischen Untersuchungen es gestatten, aus den functionellen Störungen den Erkrankungsherd genau zu bestimmen.

Aus 14 klinischen Beobachtungen und einigen Sectionsbefunden bei Amputirten zieht B. folgende Schlüsse:

1) Das motorische Centrum für die obere Extremität liegt in den beiden aufsteigenden (Stirn- und Scheitel-) Windungen und deren Nachbarschaft, es ist also nicht so umschrieben, wie Thierversuche vermuthen liessen.

2) Für die untere Extremität liegt das Centrum in dem obersten Theil desselben Bezirks, somit nicht gesondert vom ersteren.

3) Für das Gesicht ist das Centrum am umschriebensten, nämlich im hinteren Ende der zweiten Stirnwindung und dem benachbarten Theil der aufsteigenden Frontalwindung.

Somit kann andauernde Aphasie und Gesichtslähmung den Ort für die Trepanation genau bestimmen, ebenso ist die Lähmung der unteren Extremität sicher leitend; nicht so die Paralyse der oberen Extremität.

Mögling (Schwenningen).

C. H. Burnett. The growth of the fungus aspergillus in the human ear.

(Read before the path. Soc. Philad. 11. April 1878.)

(Philad. med. Times 1878. No. 276. p. 435.)

Von Aspergillus kommen 2 Varietäten im äussern Gehörgang vor, der gelbe und der schwarze Aspergillus, der letztere ist der bei weitem gewöhnlichere. Green (Proceedings of Boston Soc. of med. sc. 1875) beschreibt eine sehr seltene Form unter dem Namen aspergillus rubens; in den frühesten Stadien der Entwicklung im Gehörgang (meist in der Tiefe am Boden desselben) bemerkt man eine gelbliche »pollenähnliche« Masse, welche sehr bald über die ganze Oberfläche des Gehörgangs und des Trommelfells sich ausbreitet. Die gelbe Farbe geht dabei allmälig in schwarzbraune über, und die Masse, welche unter Umständen den Gehörgang ganz ausstopfen kann, hat dann ein wolliges Aussehn. Während gewöhnlicher Ohrschmalz in Wasser oder Glycerin sofort auseinanderfällt, bleibt die Aspergillusmasse mehr cohärent. Die gelbe Varietät des Aspergillus behält ihre Farbe durch alle Stadien der Entwicklung bei. Mikroskopisch unterscheiden sich beide Formen deutlich durch die verschiedenartige Sporangienbildung, wie dieselbe in Fig. 3 (A und B) des Originals deutlich gemacht ist; während die Mycelium- und Hyphenbildung keine charakteristischen Unterschiede darbietet (vergl. hierüber ferner Wreden Arch. of Ophthalm. and Otology 1874). — In ätiologischer Beziehung betont B., dass alle krankhaften Veränderungen: kleine Einrisse in die Haut des Gehörgangs beim Reinigen der Ohren, Fremdkörper, welche einen Entzündungsreiz setzen, zu häufiges Einträufeln von Oel, direct einen günstigen Boden für die Entwicklung des Aspergillus schaffen; bei allen Affectionen des Ohres, welche mit Bildung vermehrten, mehr flüssigen Secretes verlaufen, ist eine sorgfältige schonende Reinigung durch Ausspritzen mit warmen Wasser das beste Prophylacticum. Ist einmal die Otomycosis aspergillina vollständig ausgebildet, so soll neben der Ausspritzung die mehrmalige Einträuflung von 15—20 Tropfen diluirten Alkohols (Alkohol und Wasser āā) das Beste sein, um in etwa 10—14 Tagen den Gehörgang vollständig von dem Parasiten zu befreien. Concentrirter Alkohol wird meist nicht vertragen. — Aus den 4 eingeschalteten Krankengeschichten ergiebt sich, dass die durch die beiden Aspergillusarten hervorgerufenen subjectiven Beschwerden dieselben sind: Jucken, Sausen in den Ohren und für den Fall, dass das Trommelfell mit überwuchert ist, Schwerhörigkeit. Entzündungszustände des Gehörgangs und Trommelfells stellen sich im Laufe der Zeit ein, und nach Perforation des Trommelfells pflanzen sich die Wucherungen in die Paukenhöhle fort.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Abadie. De quelques indications nouvelles d'exstirpation de la glande lacrymale.

(Gaz. hebdom. 1878. No. 13.)

Während sonst die Exstirpation der Thränendrüse wesentlich nur in Fällen von Degeneration oder Hypertrophie dieses Organs vorgenommen wurde, hat P. Bernard schon 1843 die gesunde Thränendrüse exstirpirt, um ein jeder Behandlung widerstehendes Thränenträufeln zu beseitigen. Der Erfolg war sehr gut. P. Bernard's Vorgang fand indessen, besonders seit der Einführung des Bowman'schen Verfahrens wenig Nachahmung. Dieses letztere ist zwar am Platz, wenn die Ursache des Thränenträufelns einzig nur in einer Verengerung der Thränenwege gesucht werden muss, nicht aber da, wo selbst die dicksten Sonden die Thränenwege passiren und dennoch das Thränenträufeln fortbesteht, so dass also die Ursache wo anders als in den Thränenwegen zu suchen ist. In der Annahme, dass ein pathologischer Zustand der Drüse selbst die Ursache sein könne, hat Verf. in solchen Fällen 4 Mal die Thränendrüse exstirpirt und die Kranken, bei denen die dicksten Bowman'schen Sonden längere Zeit hindurch vergeblich eingeführt waren, dadurch völlig geheilt. Es handelte sich um schwere Conjunctiva-Erkrankungen, welche die Existenz des Sehorgans bedrohten.

Verf. weist dabei darauf hin, dass wohl sicherlich eine gewisse Zahl von chron. Erkrankungen der Conjunctiva durch eine Hypersecretion der Thränen unterhalten werden; so die Granulationen der Conjunctiva, die ihrerseits einen Reiz auf die Thränendrüse ausüben, andererseits wieder durch die Hypersecretion der Thränen an Intensität des Wachsthums zunehmen. Er theilt schliesslich folgende Beobachtungen mit:

Ein 14jähriges Mädchen, schon 6—7 Jahre augenkrank, ward dem Verf. mit folgendem Status vorgestellt: Am rechten Auge Ectropium des unteren Lides; in Folge des beständigen Thränenträufelns hat sich an der Haut ein chronisches Eczem gebildet, das offenbar die Ursache der Retraction und Umstülpung des unteren Lides geworden ist; an der Cornea ein Pannus; beim Umstülpen des oberen Lides wurden massenhafte Granulationen sichtbar, die den Conjunctivalsack einnehmen; Pat. sieht sehr wenig mit diesem Auge. Die schon früher versuchte Behandlung mit Sonden erwies sich auch jetzt erfolglos, bis sich Verf. entschloss, die Exstirpation der Thränendrüse vorzunehmen. Das Thränenträufeln hörte jetzt ganz auf, dabei blieb aber das Auge mindestens ebenso feucht, als das andere. Behandlung der Granulationen mit Acet. plumb. sol. Nach 14 Tagen hatte die Conjunctiva ihr normales Ansehen wiedergewonnen, gleichwie das untere Auglid seine normale Lage; der Pannus schwand ganz bis auf eine kleine Cornealtrübung. Schliesslich ward das Auge dem normalen der anderen Seite ganz gleich und ist die Heilung constant geblieben.

Eine 33jährige Frau präsentirte sich mit starkem Ectropium des

unteren linken Auglides verursacht durch narbige Retraction der Wangenhaut nach einer Verbrennung; fast complete Facialisparalyse derselben Seite; starkes Thränenträufeln, und Pannus corneae, so dass nur quantitative Lichtempfindung vorhanden war. Alle Hülfsmittel, darunter auch Sondirung, waren vergeblich versucht worden. Verf. machte endlich die Exstirpation der Thränendrüse. Am 3. Tage darnach verliess Pat. das Spital. Obwohl hier keine sonstige Behandlung eingeleitet ward, so zeigte sich doch, als Pat. 8 Monate später wieder kam ein günstiger Zustand: Auglider abgeschwollen, kein Thränenträufeln mehr; Conjunctivitis fast ganz geschwunden; das Ectropium besteht natürlich noch und vom Pannus ist die Cornea noch etwas trübe. **Fr. Steiner** (Wien).

Lewis A. Sayre. Spinal disease and spinal curvature. Their treatment by suspension and the use of the plaster of Paris bandage.

London, **Smith, Elder & Co.,** 1877.

Das vorliegende Buch von S. enthält in gedrängter Uebersicht die wichtigsten Thatsachen bezüglich der Pathologie und Therapie der Verkrümmungen der Wirbelsäule, welche Verf. seinen amerikanischen Collegen bereits an verschiedenen Stellen, theils in seiner orthopaedischen Chirurgie, theils in mehreren Journalartikeln etc. mitgetheilt hat. [Vergl. Orthopaedic Surgery, Dr. Lewis A. Sayre (Appleton & Co., New York 1876 and Churchill, London); Sayre on Pott's disease in Transactions of American medical association, 1876 (Richmond and Louisville Med. Journal Mai 1877); Sayre on Rotary-Lateral Curvature (The americ. Practitioner 1877); Sayre on Rotary-Lateral Curvature of the spine (Transactions of the med. soc. of the state of New York 1876 in New York med. Record. March 27. 1877.)]

Unter Mittheilung zahlreicher einschlägiger Fälle schildert Verf. ganz besonders die Behandlung der Kyphose und Scoliose mittelst des Gipskürass und zeigt, welche ausgezeichneten Resultate sich durch diese in Wirklichkeit einfache, billige und sowohl für den Arzt als den Patienten bequeme Behandlungsmethode erzielen lassen. Wenn auch diese Sayre'sche Behandlungsmethode in Deutschland hier und da mit Erfolg angewandt worden ist, so ist sie doch noch weit davon entfernt, den deutschen Aerzten allgemein bekannt zu sein. Und somit verdient gerade das vorliegende Buch die weiteste Verbreitung, da es in gedrängtester Kürze die reichen Erfahrungen S.'s enthält. Zahlreiche Abbildungen (Holzschnitte und Photographien) illustriren die Art der Fälle, Behandlungsmethode u. s. w.

Sayre hat im November 1874 zum ersten Male seinen Gipsküraß in einem Falle von Pott'schem Buckel angewandt und seitdem ist es die einzige Behandlungsmethode in mehr als 300 Fällen von Kyphose geworden und zwar mit sehr gutem Erfolge. Die anfangs so gefürchtete Respirations-

behinderung zeigte sich nicht. Die Respiration unter dem Gipsküras wird mehr diaphragmatisch und abdominal, dabei schmerzlos. In Folge dieser abdominellen Athmung ist oft dafür zu sorgen, dass der Unterleib und das Perineum frei von Druck sind, dass Pat. hohl sitzt u. s. w. Der Gipsküras wird 1—2—3 Monat und länger getragen. Nicht selten empfiehlt es sich, den Verband zu erneuern. Ist die Heilung nahezu perfect, so kann der Gipsküras in der Mittellinie vorn durchtrennt und eventuell wieder angelegt werden. Die Vortheile des Gipsküras beim Pott'schen Buckel sind denen des Gipsverbandes bei Fracturen zu vergleichen.

Die genaue Beschreibung der Anlegung des Verbandes muss im Original nachgelesen werden. Nur Folgendes sei hervorgehoben: die Haut des Pat. wird durch ein elastisches, weiches, aber bequem passendes Hemd oder eine Jacke ohne Arme aber mit Bändern (über die Schulter) geschützt. Der Pat. wird in Suspension gehalten (cf. Orig.). Vor und nach letzterer wird ein dünner schmiegsamer Bleistab auf die Proc. spin. der Wirbelsäule eingedrückt, um so die Deformität resp. auch die durch die Suspension erzielte Ausgleichung auf Papier in Form zweier Linien aufzeichnen zu können. Die Suspension wird durch einen besonderen Apparat unterhalten, welchen auch Londoner Instrumentenmacher herstellen. Durch diesen Apparat wird Pat. an Nacken und Achseln in die Höhe gehalten, so dass die Füsse eben den Boden berühren. Vor der Anlegung der Gipsbinden wird unter die Jacke am Abdomen ein Wattebausch (keilförmig, mit dem dünneren Ende nach unten) untergeschoben, damit auch die Ausdehnung des Unterleibes nach der Mahlzeit etc. nicht beengt wird (»The dinner pad«). Auch die sonst etwa vorstehenden Proc. spin. sollen durch Watte oder durch mit Watte gefüllte Handschuhfinger, zu beiden Seiten applicirt, vor Druck geschützt werden. Bei Frauen ist darauf zu achten, dass die Brüste nicht gedrückt werden, dass der Verband ordentlich dem Sternum anliegt u. s. w. Es empfiehlt sich, den Pat. vor der Anlegung des Verbandes ordentlich essen zu lassen, die Gipsbinden werden sodann zuerst um den engsten Theil des Thorax angelegt, der Gipspanzer reicht vom Becken bis zur Axilla. In den Verband werden der Längsrichtung des Körpers entsprechend auf jeder Seite der Wirbelsäule in Zwischenräumen von 2—3 Zoll Blechschienen eingegipst. Sehr bald hat der Verband die nöthige Festigkeit, dass der Patient aus dem Suspensions-Apparat entfernt und auf eine Matratze oder ein Luftkissen gelegt werden kann. »The dinner pad« wird entfernt. — Die Erfolge des Gipspanzers sind ausgezeichnet. Sind die Hals- oder die oberen Brustwirbel erkrankt, so wendet S. einen besonderen Apparat an (cf. Orig.), welchen er mit eingipst. — Abscesse, Fisteln etc. beeinflussen die Methode in bekannter Weise (gefensterte Verbände etc). —

Bei der Scoliose ist die Anwendung des Gipsküras im Wesentlichen dieselbe, in nicht veralteten Fällen mittleren Grades leistet

die Methode auch hier sehr gute Dienste. In veralteten hochgradigen Fällen kann natürlich der Gipspanzer ebenso wenig, wie irgend eine andere Behandlungsmethode von nennenswerthem Erfolg sein. —

Bezüglich der sonstigen zahlreichen Details, bezüglich der Beschreibung der verschiedenen orthopaedischen Apparate, sowie der interessanten Casuistik muss, wie gesagt, auf das Original verwiesen werden. Es würde den Raum unseres Blattes weit überschreiten, wollten wir gebührend auf alle Einzelheiten eingehen. Die Hauptsache war für uns, diejenigen unter unseren Lesern, welche das interessante Buch nicht bereits besitzen sollten, auf dasselbe aufmerksam zu machen. **H. Tillmanns** (Leipzig).

Mc Keown. A case of oesophagotomy.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 947. Clinical soc.)

Eine Pat. hatte vor 3 Wochen ein Gebiss verschluckt, verschiedene Extractionsversuche waren fruchtlos geblieben. In 2 Sitzungen versuchte Verf. mit geeigneten Zangen das Gebiss zu entfernen; es konnte recht gut gefasst werden, aber die Entfernung gelang nicht; bedrohliche Respirationsstörungen hiessen von weiteren Versuchen abstehen. Oesophagotomie links, mühsame Entfernung des Gebisses, das $1^1/_2''$ lang mit dem Längsdurchmesser senkrecht gestanden hatte; dasselbe besass 3 Schneidezähne und eine Lücke für den vierten; am 7. Tage war die Wunde der Speiseröhre geheilt; Schlingbewegungen und Sprache haben durch die Operation in keiner Weise gelitten. Mc K. erklärt, hätte er Grösse und Gestalt des Gebisses gekannt, so hätte er sogleich operirt. Callender bemerkt, dass er drei solche Operationen gesehen; in dem einen Falle operirte Stanley eines verschluckten Knochens wegen, leider zu spät, der Knochen hatte den Oesophagus schon durchbohrt und eine Abscedirung im Mediast. ant. hervorgerufen, die in die Pleura durchbrach. In einem 2. Falle handelte es sich um eine Fischgräte, die die Aorta verletzt hatte. Bryant räth eindringlich, bei den Extractionsversuchen vom Munde aus, keine zu grosse Kraft anzuwenden, um den Oesophagus nicht zu zerreissen wie er in einem Falle gesehen. Cripps erzählt zum Schlusse einen Fall, in welchem eine verschluckte Fischgräte anfangs nur Schmerzen verursachte; dann trat plötzlich ein heftiger Schmerz ein, es erfolgte starke Blutung aus dem Munde mit tödlichem Ausgange. Die Gräte hatte den Oesophagus perforirt und Usur der Carotis bewirkt.

Pilz (Stettin).

Wasseige. Operation césarienne, suivie de l'amputation utéro-ovarique (méthode du Prof. Porro).

(Bull. de l'acad. Royale de méd. de Belgique 1878. Bd. XII. No. 5. p. 478.)

Patientin mit hochgradig verengtem rhachitischem Becken befindet sich am Ende der 1. Schwangerschaft. Der Muttermund hat die Grösse eines 2 Frankstücks. Das Kind lebt und befindet sich

in 2. Schädellage. Kaiserschnitt unter streng Lister'schen Cautelen. Incision vom Nabel bis 4 cm oberhalb der Symphyse. Der Uterus steht wegen der hochgradigen Beckenenge sehr hoch, so dass die Incision in die vordere untere Gegend desselben fällt. Bei der leichten Extraction des Kindes fallen für einen Moment einige Darmschlingen vor. Der Uterus sammt seinen Adnexen wird jetzt zur Wunde hinausgeleitet, die Placenta entfernt und um die Gegend des inneren Muttermundes die Ecraseurkette gelegt, welche mässig angezogen wird, so dass die Uteruswunde nicht mehr blutet. 2 cm oberhalb des Ecraseurs wird der ganze Uterus abgeschnitten (er wiegt 765 g). Der Uterusstumpf sammt der Ecraseurkette liegt im Niveau der äusseren Bauchwand im untern Wundwinkel und wird noch durch eine quer eingestochene lange Nadel vor dem Zurückweichen geschützt. Der Stumpf wird mit Chlorzink (1:8) geätzt und sammt Nadel und Ecraseurkette in Bruns'sche Watte gehüllt. Drainagerohr in den Douglas'schen Raum. Nach Anlegung der Näthe in der oberen Hälfte der Bauchdeckenwunde wird der Lister'sche Verband übergelegt. 2 Eisblasen auf den Unterleib. Verbandwechsel täglich. Am 6. Tage stellte sich wegen zu früher Entfernung der Drainageröhre Retention und Fieber ein, vom 11.—15. Tage trat leichte Phlegmone hinzu, im Uebrigen verlief die Heilung derart, dass Patientin am 40. Tage vollständig geheilt (sammt Kind) entlassen werden konnte. — Porro (della amputazione utero-ovarica come complemento di talgio cesareo Milano 1876) wendet statt der Ecraseurkette den serre-noeud constricteur von Cintrat an, er ätzt den Stumpf mit Liquor ferri; kein Lister'scher Verband. Späth (Wien. med. Wochenschr. 1878. No. 4. und ff.) operirt unter Lister und ätzt den Stumpf mit Chlorzink; er nimmt die Ecraseurkette. Müller in Bern (Arch. für Gynäkologie 1878) schlägt vor, den Uterus sammt Inhalt nach aussen zu leiten, zu umschnüren und dann erst zu incidiren. Dabei müsste jedoch die Bauchwunde viel grösser sein, und Darmvorfall würde begünstigt.

Die Operation ist so leicht wie die Ovariotomie, die Blutung wird leicht und sicher gestillt, die Uteruswunde wird auf die Grösse des Stumpfes reducirt, Resorption, Puerperalfieber mehr hintangehalten. Man kann sich die Zeit zur Operation besser wählen, als beim einfachen Kaiserschnitt, da man nicht erst kräftige Contractionen des Uterus abzuwarten braucht. Zugleich wird weitere Schwangerschaft unmöglich. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

Jahresbericht des Mariahilfer Ambulatoriums in Wien für 1877.

Es wurden 8495 Kranke behandelt, 450 mehr als im Vorjahr, darunter 111 Neubildungen, 224 Verletzungen. Da aber die Operationstabelle keine Resultate enthält, auch keine Krankengeschichten in dem Bericht gegeben sind, so ist derselbe für statistisch chirurgische Zwecke nicht zu verwerthen.

Mögling (Schwenningen).

Dollinger. Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Prof. Kovàcs in Budapest.

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII. Hft. 3. p. 697.)

1. Papilloma der Bursa praepatellaris.

Aus der Lage der Papillen in der Bursa praepatellaris, ferner aus dem Umstande, dass die Geschwulst 10 Jahre lang bestand und nachdem sie langsam wachsend die Grösse eines Hühnereis erreicht hatte, endlich die Haut perforirte, glaubt Verf. annehmen zu müssen, dass die Geschwulst im Schleimbeutel selber begann. Für die Herkunft der Epithelien, welche die Bindegewebsauswüchse massenhaft überziehen, glaubt er keine andere Erklärung für möglich, als dass die Epithelien des Papilloms aus denselben Bildungszellen hervorgingen, aus denen das Bindegewebe entstanden ist.

b. Cystöse Degeneration der fungiformen Zungenpapillen.

Die unregelmässig buchtige Form der Schläuche, sowie der Inhalt derselben, brachten Verf. zu der Annahme, dass man es vielleicht in dem Falle mit erweiterten Lymphwegen zu thun habe.

c. Zur Diagnostik der Lungenschusswunden.

Beim Fehlen aller übrigen Symptome von Lungenverletzung fand man bei der mikroskopischen Untersuchung der Sputa einen dünnen dunkelblauen Wollfaden darin, welcher den von dem Waffenrock des Verwundeten genommenen Fäden vollkommen gleich war. Dadurch wurde die Verletzung der Lunge evident. Später trat noch reichlicher Auswurf und circumscripte Lungendämpfung auf. Die Eiterkörperchen der Sputa enthielten feine blaue Körnchen. Heilung.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

E. Watson. Clinical account of two cases of aneurism.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 602.)

Dem 37jährigen Manne sprang bei der Arbeit ein Stückchen Eisen an die Innenseite des Oberarms nicht fern vom Ellenbogen; sogleich erfolgte eine starke Blutung in rabenfederkieldickem Strahle, die durch die directe Compression zum Stehen gebracht wurde; schnelle Heilung. Doch nun bildete sich ein pulsirender Tumor aus, welcher jetzt, 4 Wochen nach der Verletzung hühnereigross im Verlaufe der Art. brachialis lag; die Radialis pulsirte schwach und intermittirend, Temperatur und Sensibilität waren am Arme herabgesetzt. Starke Flexion im Ellenbogengelenke und Compression in verschiedener Weise (digital und instrumental) blieben ohne Wirkung. —

In der Narkose legte W. bis zu dem Aneurysma eine elastische Binde, über demselben ein Tourniquet an, eröffnete den aneurysmatischen Sack, fand die $1/2''$ lange Oeffnung in der Brachialis und legte unter und über ihr eine Catgutligatur; schnelle, vollständige Heilung.

Der zweite Fall betraf ein Aneur. axill. traum. Der 41jährige Mann hatte einen Revolverschuss bekommen; die Eingangsöffnung lag oben an der Innenseite des M. biceps; die Kugel wurde später am unteren Theile des Schulterblatts herausgeschnitten. Anfangs klagte Pat. über heftige Schmerzen in den Fingern, die Pulsation im rechten Arm war schwächer als im gesunden linken; 4 Wochen später hatte sich eine pulsirende Schwellung in der Achselhöhle ausgebildet; die Pulsation erlosch auf Compression der Subclavia. Die Eröffnung des aneurysmatischen Sackes und Unterbindung des Gefässes über und unter der verletzten Stelle, war in diesem Falle sehr mühsam; die Eröffnung der Axillaris betrug $1''$ in der Länge. Eigenthümlicher Weise war in den ersten Tagen die Temperatur des kranken Armes bis auf 3^0 F. erhöht. Die Schmerzen liessen anfangs gänzlich nach, Motilität und Sensibilität wurde nach der Operation noch schwächer; später wurden die neuralgischen Schmerzen im 4. und 5. Finger unerträglich, so dass auf Andrängen des Kranken W. die Exarticulation im Handgelenk machte. W. bedauert nicht Nervendehnung vorher versucht zu haben. **Pils** (Stettin).

Longdon Fown. Membranous laryngitis and tracheitis treated by creosote inhalation — recovery.

(Med. times and gaz. 1878. März 9.)

$16^{1}/_{2}$jähriges Dienstmädchen. Vor 5 Tagen plötzlich Halsschmerzen und Heiserkeit, bald darauf Husten und Athemnoth. Es finden sich inspiratorische Einziehungen, In- und Exspiration behindert; Acida. Die laryngoskopische Untersuchung ergab leichte Congestion des Larynx ohne Schwellung; die Innenfläche der Stimmbänder bedeckt mit weisslichen Massen, die den oberen Theil der Trachea anzufüllen schienen. In einem sehr heftigen Hustenparoxysmus Expectoration einer zähen, geronnenen Masse, hierauf eine Stunde lang Athmung frei, Stimme klar; dann begannen die früheren Symptome wieder. Die ausgehustete Masse bestand aus Schleim und einer $1^{1}/_{2}$ Zoll langen, $^{1}/_{8}$ Zoll dicken röhrenförmigen Membran. Die laryngoskopische Untersuchung nach dem Hustenparoxysmus ergab ausser der Hyperämie des Kehlkopfes nichts Abnormes. — 6stündlich Creosotinhalationen, Eisbeutel auf den Hals, Eispillen, unter welcher Behandlung sich die Symptome allmälig verloren. Pat. nach einem Monat bis auf ganz geringe Heiserkeit gesund entlassen. **H. Wildt** (Berlin).

Th. Jones. Notes on a case of multiple exostoses.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 709.)

An der Hinterseite seines rechten Unterschenkels 2″ unter dem Knie trug der 9jährige Knabe eine feste unregelmässig geformte Masse, welche mit beiden Unterschenkelknochen zusammenhing; die Haut war darüber unverändert und leicht verschieblich. Eine genauere Untersuchung zeigte Exostosen verschiedener Grösse an folgenden Stellen: an beiden Enden der rechten Clavicula; am oberen Ende beider Humeri, an den Carpalenden beider Radii, am unteren Ende beider Ulnae, an der 2. Phalanx des 3. und 4. Fingers rechter Hand; an der Aussenseite der 2. Phalanx des 3. Fingers linker Hand; an der Rückenseite und dem unteren Rande der 2. Phalanx des 4. Fingers linker Hand; am unteren Ende beider Femora und an der Hinterseite des rechten Femur; am oberen Ende beider Tibiae, an der Aussenfläche der linken Fibula, endlich an der Rückenfläche der 2. Phalanx der 2. Zehe des linken Fusses. Weiterhin waren das obere Ende der linken Fibula und das untere Ende des rechten Radius bedeutend verdickt; das untere Drittel der linken Ulna war rudimentär difform und mit dem Radius fest verbunden; dadurch war Pro- und Supination erheblich beeinträchtigt. Die zuerst genannte grössere Geschwulst wurde exstirpirt, dabei zeigte sie sich in grösserer Breite mit der Fibula in Zusammenhang. Der grösste Theil der Geschwulst bestand aus Knochengewebe, umgeben von einer dünnen Schicht von Knorpelgewebe. Mit den von Paget und Poore beschriebenen Fällen stimmt der vorstehende darin überein, dass eine ausgesprochene Symmetrie der Exostosen bestand und dass sie auf der rechten Körperseite grösser waren, weicht aber von jenen darin ab, dass bei keinem Familienmitgliede eine Knochenanomalie bestand.

Rachitis, Syphilis und Scrophulose konnten als ätiologische Momente gänzlich ausgeschlossen werden. **Pilz** (Stettin).

Flechter-Jung. Fall von Tracheotomie.

(Med. Gesellsch. zu Basel. — Correspondenzbl. für schweiz. Aerzte 1878.)

Operation mit Durchschneidung des fingerdicken Isthmus der Schilddrüse bei einem 3jährigen Knaben. Entfieberung am 5. Tage, Entfernung der Kanüle am 5. Tage zeitweilig, definitiv am 20. Tage. — 7 Wochen später besteht inspiratorisches Zischen mit behinderter Respiration. Nach 4 Monaten starb das Kind plötzlich, nachdem die Beschwerden sich hochgradig gesteigert hatten. Bei der Section (Prof. Roth) fand sich links und dicht an der unterhalb der Stimmbänder beginnenden Narbe eine polypenartige Schleimhautwucherung von 8, resp. 5 und 3 mm Durchmesser. — Eine zweite Tracheotomie war aus nicht angegebenen Gründen unterlassen worden. **Pauly** (Posen).

Barthez. Sur un projet d'instrument proposé par M. Bourguet.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1878. No. 47. p. 1247.)

Ein Laie hatte brieflich ein Instrument angegeben, das nach der Tracheotomie auf die Wunde angesetzt zur Aspiration der Secrete in den Luftwegen dienen soll, ohne Benutzung des Mundes. Dazu bemerkt B: Bei Blutungen von der Wunde her genügt die Einführung einer Kanüle, um Lebensgefahr abzuwenden; andere Secrete nach der Tracheotomie zu aspiriren, hat sich stets als nutzlos erwiesen, somit ist das Instrument von keinem praktischen Werth.

Mögling (Schwenningen).

Knowsley Thornton. A second case of removal of large fibroid with outgrowths and both ovaries — death.

(Med. times and gaz. 1878. Jan. 5.)

Verf. spricht sich unter Erwähnung einer früher von ihm glücklich ausgeführten Hysterotomie und mit Anführung eines neuen Falles dahin aus, dass drei Umstände zu der Operation drängen können: Schmerz, Blutung und Grösse der Geschwulst; letztere allein möchte wohl nur selten dazu veranlassen, zumal mit der Grösse der Geschwulst die Gefahr der Entfernung wächst. Immer ist die sociale Stellung der Pat. zu berücksichtigen und man wird einer armen Frau, die sich ihren Lebensunterhalt selbst verdienen muss, eher zu der Operation rathen, als einer reichen, die sich alle mögliche Pflege verschaffen kann.

38jährige Wittwe, in ihrem 31. Jahre neun Monate lang verheirathet; bis dahin immer regelmässig und leicht menstruirt; zwei Monate lang nach der Verheirathung suppressio mensium, keine Schwangerschaft; seitdem Schmerzen während der Menses, Auftreten einer Geschwulst in der linken Seite des Unterleibes. Zwei Jahre vor der Operation fand sich ein fester kugeliger Tumor in der linken Regio iliaca, beweglich, unempfindlich. Blase an der Vorderseite des Tumors nach oben dislocirt. Im Becken ein zweiter etwas unregelmässigerer Tumor, die Douglassche Falte einnehmend und mit dem ersten zusammenhängend. Sonde dringt von dem Os uteri aus, 4 Zoll nach links und oben in den Tumor ein und ist ausserordentlich deutlich durch die Bauchdecken zu palpiren. Allmäliges Wachsen des Tumors, der Schmerzen und der Blutungen, letztere zu hochgradiger Anämie führend. Unmittelbar vor der Operation drang die Sonde $4^1/_2$ Zoll in die Uterinhöhle ein, konnte aber durch die Bauchdecken nicht hindurchgefühlt werden. — 17. Juli 1877 Hysterotomie. Der Abdominaltumor zeigt sich durch einen Stiel mit dem Beckentumor verbunden; letzterer wird unterbunden und durchschnitten. Der Beckentumor sehr fest eingekeilt, nur mit Mühe mobilisirt. Unmittelbar oberhalb der Vagina Durchstossung des Uterus und Durchführung einer doppelten Seidenligatur; als diese nicht ausreichte: Drahtschlinge um den ganzen Stiel. Versuch den Stiel mit dem Thermokauter zu durchtrennen, der aber aufgegeben werden musste, weil sonst die Seidenfäden verbrannt wären, Abtrennung des Stiels mit dem Messer. Isolirte Unterbindung der breiten Mutterbänder; Entfernung des Drahtes und isolirte Unterbindung des Uterusstumpfes mit Seide. Sehr geringer Blutverlust, Operationsdauer zwei Stunden. — Pat. befand sich bis zum andern Morgen ganz wohl; da fing sie an zu brechen, Temperatur stieg rasch, der Puls wurde sehr frequent; rapider Verfall. Beim Lösen einer Sutur in den Bauchdecken entleert sich foetider Eiter aus dem Abdomen: Ausspülung des Abdomen mit warmer Carbollösung. Tod 35 Stunden nach der Operation. Die Obduction ergab: keine Blutung, keine generelle Peritonitis, etwa eine Unze Eiter im kleinen Becken. Verf. glaubt, dass es sich hier um einen Fall von rapider Septikaemie handelt, obgleich er die Quelle der Infection nicht finden konnte; doch meint er, dass die schlechte Constitution der Pat. die Infection erleichtert hat. In Bezug auf die Technik der Operation glaubt er, dass namentlich die Stielbehandlung noch einer bedeutenderen Verbesserung bedürfe. Den Thermokauter zu brauchen missräth er; dagegen meint er, dass sein Fall bei Einführung einer Glasdrainageröhre unmittelbar nach der Operation viel-

leicht gerettet worden wäre. Er schlägt endlich vor, in künftigen Fällen den Cervicalcanal 24 Stunden vor der Operation mit Pressschwamm zu erweitern, um ihn dann besser desinficiren und einer Infection von hier aus vorbeugen zu können.

H. Wildt (Berlin).

Schulz. Modificirter Kolpeurynter zum Verschluss von Blasenscheidenfisteln.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 17.)

Sch. empfiehlt zum Verschluss von nicht operabeln Blasenscheidenfisteln einen modificirten Kolpeurynter. Derselbe besteht aus einem 60 cm langen, 5 mm im Lumen haltenden Gummischlauche an dem sich eine Blase aus äusserst feinwandigem Gummi befindet, die durch den Schlauch aufgeblasen werden kann. Ist die Blase eingeführt und aufgeblasen, wird der Schlauch abgesperrt und an den Unterkleidern befestigt. Sch. wandte denselben bei einer Fistel an, in die man mit dem Zeigefinger eingehen konnte, und erreichte den Zweck vollständig. Der Ballon machte weder Schmerz noch andere Unbequemlichkeiten und wurde nur während der Menses entfernt. **Urlichs** (Würzburg).

L. Tait. Two cases of repair of the female bladder and urethra.

(Brit med. Journ. 1878. Vol. I. p. 732. London obstetr. soc.)

In folgenden 2 Fällen von Blasenscheidenfisteln, in welchen der Blasenhals fehlte, erreichte T. Verschluss und gute Functionsfähigkeit.

Eine 21jährige Frau zeigte 2 Monate nach der Entbindung eine grosse Blasenscheidenfistel. Das Vestibulum vaginae bestand aus einer fast knorpligen Narbenmasse, die sich bis 2″ weit die hintere Vaginalwand hinein erstreckte und die seitlichen Wände bis auf $^1/_2$″ Breite mit einschloss; im vordersten Theile fand sich ein Rest der Harnröhre auf $^3/_8$″ Länge; im Scheidengewölbe ging ein harter Querwulst von einer Seite zur anderen, an seiner hinteren Begrenzung sah man das Os uteri; vor ihm lag in 5 Schillinggrösse der Rest der Blasenschleimhaut, erkennbar an den beiden Ureterenöffnungen; derselbe war an dem Schambeine angelöthet. Die Blasenwand fehlte hier gänzlich. T. bildete aus der hinter der Symphyse gelegenen Masse 2 seitliche 1″ lange Lappen und vereinigte beide in der Mittellinie um eine Fortsetzung der Harnröhre zu schaffen; dieser erste Versuch missglückte, es gelang aber vollkommen der 2., zu dem er sämmtliches vom Becken ablösbares Material benutzte. In einer 2. Sitzung vereinigte er die angefrischten hinteren Enden dieses neugeschaffenen Canals mit der angefrischten vorderen Fläche des losgelösten heruntergezogenen Querwulstes bis auf eine kleine provisorische Abflussöffnung, welche nach vollständig geglückter Vereinigung definitiv geschlossen wurde; endlich wurde noch eine aus einem Stichcanal hervorgegangene kleine Oeffnung glücklich geschlossen. Nach der Operation bestand ein geschlossener Behälter für 4 Unzen Urin, Pat. konnte den Urin gut halten, sie wurde nie nass. T. lässt es dahingestellt, ob die benutzten organischen Muskelfasern einen Sphincter gebildet, oder ob ein klappenartiger Verschluss sich hergestellt habe. Einige Monate später waren die Theile noch weiter geschrumpft, Pat. wurde aber nie nass. — In dem 2. Falle, in welchem der ganze Blasenhals und das Trigonum fehlten, erreichte T. nach demselben Principe den Verschluss und Pat. konnte 8—9 Unzen Urin halten.

In der Discussion erwähnt T., dass er sich zur Drainage der Chassaignac-schen gewundenen Draht-Drain's bedient, die nicht zur Incrustation Veranlassung gegeben hätten. Marion Sims hat Blasenscheidenfisteln, in denen der Blasenhals zerstört war, für incurabel gehalten. T. glaubt, dass Incrustationen nur auf epithelloser Oberfläche vorkommen; er räth die Suturen nur 8—9 Tage liegen zu lassen. — **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 37. Sonnabend, den 14. September. 1878.

Köhler. Die wichtigeren Vorkommnisse auf der Klinik des Prof. Bardeleben im Jahre 1876.

(Charité-Annalen III. Jahrg. p. 405 ff.)

(Schluss, s. No. 33 d. Bl., p. 550.)

Die wichtigeren Verletzungen etc. werden nach den einzelnen Körperregionen abgehandelt. Davon sind erwähnenswerth:

Struma lymphatica, 2 Fälle, durch Exstirpation geheilt. 1) Gänseeigross, mit fingerdickem Stiel. Enorme Blutung. Heilung per primam. 2) Wallnussgrosser Tumor mit daumendickem Stiel zum rechten Schilddrüsenlappen. Dyspnoische Anfälle. Starke Blutung. Heilung per primam. Keine dyspnoischen Anfälle mehr.

Mammaexstirpation wurde 7 Mal, 1 Mal wegen Sarkom, 6 Mal wegen Carcinom (2 recid.) ausgeführt. Sämmtlich geheilt, 4 per primam intentionem.

Die abscedirenden Mastitiden wurden mit Incisionen unter antiseptischen Cautelen behandelt. Die so behandelten 22 Fälle wurden sämmtlich in relativ kurzer Zeit (durchschnittlich unter 2 bis 5 Verbänden) geheilt.

Durch Seitensteinschnitt wurde bei einem 7jährigen Knaben ein 5 cm im Durchmesser haltender Stein entfernt. Heilung in 22 Tagen.

Herniotomien (3): 1) Einklemmung eines Leistenbruchs durch den Bruchsackhals. Heilung in 23 Tagen; 2) Einklemmung im hinteren Leistenring seit 24 Stunden. Im Bruchsack Netz und missfarbige Darmschlinge. Peritonitis circumscripta, Pneumonie. Tod; 3) abnorm langer Leistencanal. Der reponirende Finger gelangte scheinbar in die Bauchhöhle, wie sich aber später herausstellte in eine unterhalb des inneren Leistenringes gelegene Bruchsacktasche, in welcher Netz und Darmschlinge sich befanden. Einklemmungserscheinungen dauerten fort. Tod nach 2 Tagen.

Grosse parametritische Abscesse (4) wurden incidirt, drainirt und antiseptisch nachbehandelt. Ausspülungen der Abscesshöhlen mit Carbolsäure wurden wegen Intoxicationsgefahr unterlassen. Einmal für kürzere Zeit Bauchlage. Sämmtlich geheilt.

Hydrocelenoperation nach Volkmann wurde 3 Mal mit Erfolg ausgeführt.

Castration wurde 4 Mal gemacht, wegen käsiger Orchitis, gummöser Orchitis, Rundzellensarkom. 3 Mal Anwendung der galvanokaustischen Schlinge. Sämmtlich geheilt.

Osteomyelitis des Femur kam 2 Mal zur Beobachtung. Beide Fälle endeten lethal.

Ein Fall von jauchiger Periostitis bei intacten Hautdecken bietet vielfaches Interesse: Ein Militärinvalide, der vor 10 Jahren durch den Oberschenkel geschossen wurde (Knochen sollte gestreift sein), bekam nach aussergewöhnlichen Körperanstrengungen heftige Schmerzen in dem betreffenden Oberschenkel, an dem seit Jahren durchaus nichts Krankhaftes bemerkt worden war. Pat. macht bei Aufnahme den Eindruck eines Typhuskranken. Prostratio virium, Zunge fuliginös belegt, Temperatur 40,0 etc. Der Oberschenkel hat normale Hautfarbe, ist wenig geschwollen, äusserst schmerzhaft, besonders in der Mitte, wo sich 2 von der früheren Verletzung herrührende intacte Narben befinden. Undeutliches Fluctuationsgefühl. Incision, Entleerung von furchtbar stinkender Jauche, welche von Bacterien wimmelt. Verjauchung der Weichtheile, progrediente Phlegmone. Tod. Sectionsbefund: An der Aussenseite des Femur eine abgekapselte, hühnereigrosse Abscesshöhle, mit dünnflüssiger Jauche gefüllt. Die Abscesswand geht mit dicker, inwendig glatter Bindegewebskapsel in das die entblösste Femurfläche begrenzende Periost über. Sowohl dieses als die Abscesswand sind mit dünnen Knochenlamellen bekleidet. Auch an der entblössten Femurfläche finden sich solche Lamellen, in denen sich punkt- und

strichförmige, bis stecknadelkopfgrosse, schwarze Körperchen zeigen, von denen eines die Grösse einer Erbse hat und deutlichen Metallglanz zeigt. Der aufgesägte Femur zeigt weder im Mark, noch in der Subst. compacta Abnormitäten. Verf. glaubt, dass die perniciöse Periostitis mit der Schussverletzung in directem Zusammenhange stehe; die mit dem Geschoss einst eingeführten Bacterien-Keime hätten 10 Jahre, ohne ihre verderbliche Wirkung zu äussern, in der Tiefe des Oberschenkels gelegen, wären dann durch veränderte locale Bedingungen zur Entwickelung gelangt und die Ursache der Sepsis geworden.

Punction und Ausspülung des Kniegelenks mit $1^1/_2$% Carbollösung 2 Mal. Einmal keine Reaction, aber dauernde Wiederansammlung des Ergusses, einmal starke fieberhafte Reaction mit Heilung.

Amputationen. Hier, sowie bei den Resectionen und Exarticulationen sind auch diejenigen Fälle aufgeführt, die bereits im Vorjahre operirt, aber im Jahre 1876 erst zur Entscheidung gekommen sind. Andererseits sind mehrere im Jahre 1876 operirte, aber noch nicht zur Entscheidung gekommene Fälle dem nächsten Jahresbericht vorbehalten.

Von den Amputationen kamen im Ganzen zur Entscheidung 17 Fälle. Davon betrafen 6 den Oberarm, 5 den Oberschenkel, 6 den Unterschenkel. Davon geheilt 13, gestorben 4. Die letzteren betrafen: 1 den Oberarm, 2 den Oberschenkel, 1 den Unterschenkel. Die Pat. litten sämmtlich bereits an Pyämie resp. Septikämie vor der Operation. Unter den nicht complicirten Fällen kein Todesfall.

Exarticulationen: 1) im Schultergelenk: a) brandige Phlegmone des Arms. Unter Esmarch'scher Blutleere zuerst hohe Oberarmamputation, dann Ausschälung des restirenden Theils vom Humerus. Constriction liess im Stich, Arterie zog sich nach der Durchschneidung hinter den Schlauch zurück. Tod an Collaps nach 2 Stunden; b) Verbrennung des Arms. Constriction, hohe Amputation, Unterbindung, Exarticulation. Heilung per primam; 2) im Kniegelenk: a) essentielle Paralyse und hochgradige Atrophie eines Beines. Der schlotternde Unterschenkel hindert beim Gehen. Exarticulation mit Erhaltung der Patella. Heilung; b) dieselbe Indication. Sehr heruntergekommenes Individuum. Tod an Erschöpfung nach 9 Wochen bei aseptischer Wunde.

Resectionen: 1) des Ellenbogengelenks 2; 1 geheilt, 1 später amputirt; 2) des Handgelenks 1. Caries. Totalresection mittelst Dorso-Radialschnittes. Entfernung der Handwurzelknochen ausser os multangul. maj. und pisiforme, sowie der Bases metacarp. II und III. Geheilt mit beschränkter Bewegungsfähigkeit; 3) des Kniegelenks 1. Gummöse Ostitis des Tibiakopfes. Resection am 27. Jan. mit halbkreisförmigem Schnitt, Knochennaht mit Catgut, antiseptischer Gipsverband. Heilung per primam. Mitte Mai gebrauchs-

fähig (knöcherne Vereinigung?); 4) des Fussgelenks 6. a) Caries. Totale subperiostale Resection mit Entfernung des ganzen Talus. Heilung mit Gebrauchsfähigkeit des beweglichen Gelenks; b) inveterirte Luxatio pedis. Totale Resection, Entfernung des oberen Theils vom Talus. Heilung mit Ankylose; c) nichtheilende Fisteln nach einer vor 1 Jahr ausgeführten Resect. art. pedis. Enorme Callusentwickelung. Neuerliche Resection. Heilung mit geringer Beweglichkeit im Sinne der Beugung und Streckung. Seitliche Festigkeit; d) partielle Resection wegen complicirter Gelenkfractur. Tod. Bei bestehender Pyämie operirt; e) Resect. malleol. ext. bei bestehender Verjauchung des Gelenks. Tod an Septikämie; f) complicirte Splitterfractur der Fibula mit Eröffnung des Gelenks. Resection des unteren Fibulaendes (7 cm). Reichliche Knochenneubildung, Ankylose, Gebrauchsfähigkeit.

Gesammtresultat der Resectionen:

I. Totalresectionen 1) des Ellenbogengelenks 2; 1 geheilt, bei der anderen erwies sich schon während der Operation die Resection als unzureichend, deshalb nach wenigen Tagen Amputation; 2) des Handgelenks 1, geheilt; 3) des Kniegelenks 1, geheilt; 4) des Fussgelenks 3, geheilt.

II. Partielle Resectionen des Fussgelenks 3. 2 Todesfälle, 1 Heilung.

Complicirte Fracturen grösserer Röhrenknochen kamen zur Entscheidung 18, davon geheilt 13, gestorben 5. Den Humerus betrafen 2, davon gestorben 1 (septisch aufgenommen); die Vorderarmknochen 3, geheilt 3; das Femur 1, geheilt; den Unterschenkel 12, geheilt 8, gestorben 4 (1 an Delirium trem., 1 an Fettembolie, 2 an Pyämie). Es starben mithin im Ganzen 28 %, von complicirten Unterschenkelfracturen $33^1/_3$ %.

Zum Schluss wird ein Fall von complicirter Luxation des Ellenbogengelenks beschrieben. Quere Wunde in der Ellenbeuge, aus der der Proc. cubit. humeri hervorsieht. Luxation des Vorderarms nach hinten und aussen mit gleichzeitiger Rotation nach aussen. Starke Weichtheilquetschung. Vena basil. und cephalic. zerrissen. 24 Stunden nach Verletzung aufgenommen. Antiseptischer Gipsverband, fieberloser Verlauf. Heiluug mit activer Bewegungsfähigkeit des Gelenks. **Rinne** (Berlin).

Lumniczer. Mittheilungen aus der II. chirurgischen Abtheilung des Rochusspitals in Budapest von den Jahren 1875 und 1876.

(Pester med. chirurg. Presse 1877. No. 45 sq. 1878. No. 1—22.)

L. hat eine Abtheilung von 82 Betten. Auf jeden Kranken kommen 34,5 Kubikmeter Luft. Ventilation muss durch Oeffnen der Fenster besorgt werden, auch die Oefen werden von aussen geheizt.

Die Wunden wurden mit der älteren Lister'schen Carbolöl-

paste behandelt, der moderne antiseptische Verband ist von L. erst in neuester Zeit eingeführt worden.

Im Laufe der 2 Jahre sind 1666 Kranke aufgenommen, 147 aus verschiedenen Ursachen dislocirt. Von den verbliebenen 1519 Kranken waren 1039 Männer, 480 Frauen. 106 Todesfälle = 6,9 %.

An accidentellen Wundkrankheiten kamen vor:

Erysipel 8 Mal, 3 Mal Erysipelas ambulans, mit 1 Todesfall. Wunddiphtherie und Hospitalbrand 3 Mal, mit 1 Todesfall. Tödtliche Septikämie 5 Mal. Tödtliche Pyämie 9 Mal, darunter 3 importirte. Tetanus 1 Mal, gestorben.

Von Verletzungen des Kopfes kamen 87 Fälle vor, mit 12 Todten. Davon Quetschungen 9, Schnitt- und Quetschwunden der Weichtheile 46. 1 in den Schädel eindringende Hiebwunde. 5 Gehirnerschütterungen (1 mit Wunde complicirt), 10 Schädelbrüche, 6 Fissuren an der Basis (4 Todesfälle). Offene Schädelbrüche 3, sämmtlich gestorben, 2 penetrirende Hiebwunden, 1 Todesfall, 4 penetrirende Schusswunden, sämmtlich gestorben. — Caries des Felsenbeins 1, gestorben.

95 Verletzungen des Gesichts, der Nasen-Rachenhöhle und des Ohres, 4 Verbrennungen, 51 Wunden des Gesichtes, 2 Schusswunden, 2 Mal Epistaxis, 2 Fracturen des Nasenbeins, 3 des Unterkiefers, 29 acute und chronische Entzündungen der genannten Körpertheile, 7 erysipelatöse Dermatiten mit 1 Todesfall.

1 Abscess, 3 Mal Pustula maligna, von denen bei zweien die unmittelbare Infection nachgewiesen werden konnte. Incision und Auswaschen mit concentrirter Carbollösung. Heilung. 1 Noma, bei dem schnell Abgrenzung der Gangrän eintrat. 9 Ulcerationen, zum Theil luetischer Natur. 3 Mal Lupus, 2 Stomatiten etc.

In 1 Fall von Phosphornekrose wurden beide Oberkiefer entfernt. Heilung. 1 Angiom der Haut auf der Parotis wurde mit dem Messer entfernt. 1 grosses Granulationssarkom der Backe wurde mit dem Galvanokauter in mehreren Sitzungen entfernt, 1 unoperirbares Osteosarkom der Nasenhöhle kam zur Beobachtung. 1 Myxosarkom der Nasenhöhle wurde ecrasirt, Recidiv, Tod. 2 Epuliden wurden entfernt. 1 Adeno-Cystosarcoma endostale mandibulae führte zur Resectio mandibulae. Die Operationswunde heilte, doch trat Tod an Nephritis ein.

Carcinome kamen 28 Mal zur Behandlung. Im Augenwinkel 4, in der Augenhöhle 2, an der Ohrmuschel 1, an der Nase 3, an der Oberlippe 2, an der Unterlippe 13, an der Zunge 4. Zumeist wurde operirt, doch bieten die Krankengeschichten nichts Bemerkenswerthes.

2 Rhinoplastiken nach bekannten Methoden gelangen gut. 1 Ankylose im Kiefergelenk führte zur Resection, d. h. zur Entfernung eines Keiles aus dem Unterkiefer. Die Anlegung eines künstlichen Gelenkes gelang. Wunden und Verletzungen am Hals und Nacken 13, darunter 3 Durchtrennungen der Trachea, welche heilten.

Entzündungen am Hals und Nacken 75.

Von 5 Lymphomen wurden 2 exstirpirt, 3 mit Erfolg mit Arsen behandelt. 1 Cyste am Halse wurde punctirt und Jod eingespritzt.

2 Fracturen der Wirbelsäule endeten lethal. Von 5 Spondyliten starben 2.

Bei den Entzündungen der Brust sind 4 retropectorale Abscedirungen zu erwähnen, ferner 5 Mastitiden und 2 Thoraxfisteln.

11 Geschwülste der Brustgegend kamen zur Behandlung. 1. Recidiv von Spindelzellensarkom nach Ablatio beider Mammae vor 1 Jahr. Exstirpation. Recidiv nach $1/4$ Jahr. Exstirpation. Nach 2 Monaten unoperirbares Recidiv. 2. Recidiv nach Ablatio mammae wegen Cystosarkom. Operation des Recidivs. Die mikroskopische Untersuchung ergab nun kleinzelliges Carcinom.

9 Carcinome der Mamma. 5 operirt, 4 unoperirbar. Von den Operirten starb 1.

VI. Bauchwand, Bauchhöhle und Mastdarm.

Zwei penetrirende Bauchwunden, einmal mit Netzvorfall. Reposition, Naht, Heilung, einmal mit Vorfall einer Darmschlinge und Verletzung des Darmrohrs. Beide Wunden des Darmes genäht. Reposition, Heilung. — 1 perforirende Schusswunde heilte ebenfalls.

19 Incarcerirte Hernien, von denen 6 Inguinalhernien zur Operation kamen. 5 davon starben.

3 Darmfisteln nach Herniotomie gelangten durch Galvanokaustik zur Heilung. — Von 17 Mastdarmfisteln wurden 13 operirt. — 1 Kothfistel nach einer Extrauterinschwangerschaft versuchte L. durch plastischen Verschluss zu heilen. Es blieb jedoch eine kleine Fistel zurück.

1 Mastdarmkrebs wurde exstirpirt. — 17 Stricturen der Urethra kamen zur Behandlung. — 1 äussere Urethrotomie wegen impermeabler Strictur wurde geheilt entlassen, eine zweite starb an Diphtherie der Blase. — Von 7 Blasenscheidenfisteln wurden 2 operirt und geheilt entlassen. — 5 Blasensteine kamen zur Behandlung. 3 Mal wurde der Steinschnitt gemacht (1†) und 1 Lithotripsie, Heilung. — 2 Carcinome des Uterus wurden ausgelöffelt und dadurch zeitweise gebessert.

Von 6 Ovarialcysten wurden 2 operirt (1 gestorben). — 2 Hypertrophien der Clitoris wurden durch Galvanokaustik geheilt.

10 Oberschenkelfracturen, 3 Mal am Halse, 2 Mal am oberen Drittel, 4 Mal am mittleren Drittel, 1 Mal am unteren Drittel.

6 Fracturen beider Vorderarmknochen. — 19 Fracturen des Radius, 1 Fractur des Olecranon, 1 Fractur der Ulna, 1 Fractur des Metacarpus.

An Luxationen. 1 beiderseitige der Clavicula durch Fall eines Ambos auf die Brust des 22 Jahre alten Schmiedes. Tod an Pneumothorax. — 14 frische Luxationen im Schultergelenk. — 3 veraltete Luxationen im Schultergelenk blieben ungeheilt. — Luxationen im Ellbogen, je eine frische und eine veraltete.

Von den Wunden der Weichtheile interessirt nur eine penetrirende Wunde des Ellbogengelenks quer über dem Olecranon. Heftige Entzündung. Resection verweigert. Gebessert entlassen.

2 complicirte Fracturen des Humerus, 1 Tod an Pyämie. — 1 complicirte Fractur des Radius. Tod nach Schüttelfrost. — 3 complicirte Fracturen beider Knochen. 1 Tod an Pyämie. — Abreissung an der oberen Extremität 4 Mal. — 1 Mal Oberarm in der Mitte durchschnitten. Amputation, Heilung, aber mit Temperaturen von 40 und 39,8° C. — 1 Mal Zermalmung der Hand. Amputation im Vorderarm. Heilung in 28 Tagen. — 1 Mal Zermalmung der ganzen rechten Extremität. Septikämie, Enucleation im Schultergelenk intermediär. Tod. — 1 Mal Zermalmung im Handgelenk. Amputation im Vorderarm. Heilung in 2 Monaten. 1 complicirte Luxation im Ellenbogen starb an Septikämie. —

Die Fälle von Entzündungen der Weichtheile der unteren Extremitäten ohne jedes Interesse, ebenso der Knochen. — Eine fungöse Entzündung des Schultergelenks führte zur Resection. Tod an Tuberkulose. — 6 cariöse Ellbogengelenke blieben unoperirt, 2 wurden resecirt, von denen 1 starb und 1 später amputirt werden musste. — Von 6 fungösen Handgelenkentzündungen wurde 1 resecirt (in Heilung entlassen) und 2 amputirt (geheilt). — An Geschwülsten kam an der oberen Extremität ein Granulationssarkom des Oberarms vor, welches exstirpirt wurde. Ablösung von der Scheide der Art. brachialis. Wunddiphtherie, Blutung aus der Art. brachialis. Neue Blutung. Neue Unterbindung nahe der Achselhöhle. Gangrän der Weichtheile der Finger. Schliesslich Heilung.

XII. Untere Extremitäten.

Fracturen des Oberschenkel 22, davon 1 gestorben, 9 Mal am Schenkelhals, 6 Mal am oberen, 4 Mal am mittleren, 3 Mal am unteren Drittel. Behandlung: Distraction und Gypsverbände. — Querbrüche der Patella 2, davon 1 mit einem Abstand der Bruchenden von $2^1/_2$ cm geheilt. — Subcutane Fracturen des Unterschenkels 17. 2 Mal Fractur der Fibula, mit Diastasis tibio-fibularis der unteren Knöchel, in beiden Fällen der Talus sammt der Fusswurzel nach hinten gewichen. Reposition, Gypsverband, Heilung. — 1 Luxation im Hüftgelenk: des Oberschenkelkopfes auf das Planum ilei; 2 veraltete Luxationen wurden durch schrägwinklige Beugung und Rotation reponirt. — Die Wunden der Weichtheile der unteren Extremitäten ohne Interesse. — 2 Schusswunden mit Knochenbrüchen. 1 Mal Zersplitterung des Phalangealendes des Metatarsus der 2. Zehe. 1 Mal Zersplitterung der Tibia und Fibula. Heilung.

Eine in den Oberschenkelknochen dringende Sägewunde führte zur Amputation. Heilung. Complicirte Fracturen der Oberschenkel 2 Mal. 1 Mal Amputation und Tod an Pyämie. 1 Mal Tod an Nebenverletzungen. — Von 9 complicirten Fracturen des Unterschenkels starben 3. 1 an Pyämie, 1 an Darmkatarrh, 1 an Nierenentzündung. Von den 6 geheilten wurden 2 amputirt. — 5 offene Fracturen am Fusse. 1 Mal Enucleation der kleinen Zehe. • Tod an Tetanus. — Die Entzündungen der

Weichtheile der unteren Extremität ohne Interesse. — Unter den Entzündungen der Knochen ist eine Osteomyelitis der Tibia. Amputation. Heilung. **Leisrink** (Hamburg).

Newmann. Healing of wounds by scabbing.

(The Glasgow med. Journ. Vol. X. No. 5. 1878. Mai.)

Indem Verf. auf die Vortheile der Heilung von Geschwüren und Wunden unter dem Schorfe aufmerksam macht, giebt er ein eigenes Verfahren zum Austrocknen und Verschorfen von Wunden an. Der dazu benutzte Apparat besteht aus einem 6 Zoll langen, 4 Zoll breiten, $3^1/_2$ Zoll tiefen Kasten, welcher an einer Seite ohne Boden, also offen, an der gegenüberliegenden aber durch einen Glasdeckel geschlossen ist. Rings herum im Inneren des Kastens läuft einen Zoll über dem Rande eine einen Zoll breite und $^1/_4$ Zoll tiefe Rinne, welche an einer Seitenfläche mit einer nach aussen mündenden kleinen Röhre communicirt. Die Ränder des Apparates sind so bearbeitet, dass sie sich dem Theile, an den er applicirt werden soll, gut anlegen. In die Rinne kommt Chlorkalk (das Anhydrit) um die Luft im Innern des Kastens trocken zu erhalten. Im ersten Falle, in welchem dieser Apparat angewendet wurde, handelte es sich um einen 63jährigen Mann, welcher seit 2 Jahren an einem Beingeschwüre litt; nachdem unter gewöhnlicher Behandlungsweise (bei ruhiger Bettlage) das Geschwür sich gereinigt und mit kleinen Granulationen bedeckt hatte, aber nicht weiter heilen und kleiner werden wollte, applicirte Verf. den Kasten, dessen Ränder er rings um die Wunde auf gesunder Haut luftdicht mit in Chloroform gelöster Guttapercha angeklebt hatte. Vorher war die Wunde mit einer Boraxlösung abgewaschen und die umgebende Haut mit Collodium bepinselt worden. Durch den Glasdeckel sah man nun wie sich die Wundfläche mit Serum überzog; der dadurch gebildete Schorf wurde immer dicker, undurchsichtiger und trockener. Nach 6 Stunden wurde der Kasten entfernt und das Bein auf eine Pott'sche Schiene gelagert. Nach 4 Tagen war der Schorf fast überall gut und fest. Am 6. Tage wurde Pat. mit einem Schutzverband (aus Gummi und Kalk) entlassen, und als Pat. nach einer weiteren Woche sich wieder vorstellte, war das Geschwür unter dem Verbande ganz geheilt. — Der 2. Fall betraf eine frische Schnittwunde mit Hautdefect bei einem 13jährigen Knaben; auch hier gelang es mit demselben Verfahren gute Heilung unter dem Schorfe herbeizuführen. Verf. hat diese Behandlungsweise, welche sich aber nur für gut granulirende Geschwüre und oberflächliche Wunden eignet, in der Western Infirmary oft benutzt, bei frischen Wunden meist mit Erfolg, bei Geschwüren öfter mit nicht genügendem Erfolge. **A. Bidder** (Mannheim).

Oberlaender. Zur Behandlung der constitutionellen Syphilis mit subcutanen Peptonquecksilberinjectionen.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1878. No. 13 und 14. April 6.)

O. hat im Dresdener Stadtkrankenhause 105 Personen, 60 Frauen und 45 Männer lediglich mit Peptonquecksilberinjectionen behandelt. Die Lösung bereitete er sich selbst aus einer 2 % Lösung des gewöhnlichen englischen Pepton und einer 5 % Sublimatlösung, das gefällte Quecksilberpepton löste er in einer Chlornatriumlösung. Die Flüssigkeit hat die Unannehmlichkeit, dass sie fortwährend sedimentirt, daher häufig filtrirt werden muss. Die Injectionen geschahen meist in den Rücken bis zu den Glutaeen herab mit einer gewöhnlichen Pravaz'schen Spritze, welche, da stählerne Kanülen zu sehr rosten und brüchig werden, mit einer goldenen Kanüle versehen war. Die tägliche Dosis betrug 1 bis höchstens 2 Spritzen voll.

Besondere Nachtheile hat O. nicht beobachtet, namentlich keine Störungen im Verdauungstractus; Salivation und Stomatitis traten bei 9 Männern und 37 Frauen auf, fast durchweg decrepiden Individuen, die es an Reinhalten des Mundes fehlen liessen; in 11 Fällen nöthigte die Mundaffection zur Unterbrechung der Cur. Sonst klagten einzelne Kranke nach längerer Behandlung über Schmerzen in den Gelenken, die nach Sistiren der Cur aufhörten.

Local entstanden häufig bis taubeneigrosse, meist schmerzlose Infiltrationen, die 8 bis 14 Tage persistirten. Gegen Schmerzhaftigkeit derselben wurden Jodpinselungen mit Vortheil angewandt. Unter 1800 Injectionen ist keine einzige Abscedirung vorgekommen.

Drei Todesfälle werden angeführt, die jedoch nicht der Behandlung zur Last fallen; der eine starb schnell an acuter gelber Leberatrophie, nachdem er lange Zeit ausserhalb der Anstalt mit Mercurialcuren behandelt war, und nach 10 Injectionen die ausgebreiteten syphilitischen Hautgeschwüre schön heilten, 14 Tage nach der letzten Injection. Durchschnittlich verbrauchte ein Mann 19,3, eine Frau 15,3 g der Lösung; erstere waren im Durchschnitt 27,8, diese 35,0 Tage in Behandlung, während bei der Inunctionscur für Männer die mittlere Behandlungsdauer 30,8 Tage mit 18,8 Einreibungen, jede zu 2,0 unguent. ciner. berechnet, betrug. Bei Frauen stellt sich das Verhältniss der Behandlungsdauer wie 35 : 45 Tage und der Mercurialverbrauch wie 10 : 15.

Soweit es sich sicher controliren liess, traten in 62,6 % Recidive auf, sämmtlich, mit Ausnahme von zweien, leichte Erkrankungen.

O. fasst das Resultat seiner Beobachtungen zum Schluss in folgende Sätze zusammen.

1) Die Peptonquecksilber-Injections-Methode verdient vor den anderen subcutanen Injectionsmethoden des Quecksilbers, vor Allem aber vor der sogenannten Lewin'schen Methode zur Heilung der constitutionellen Syphilis den Vorzug.

2) Sie ist nach den bis jetzt vorliegenden Erfahrungen im Stande,

jede andere Methode der Mercurbehandlung, auch die Frictionscur vollkommen zu ersetzen.

3) Sie ist vor Allem indicirt und wirksam bei syphilitischen Exanthemen aller Gattungen.

Boeters (Berlin).

Kocher. Zur Aetiologie und Therapie des Pes varus congenitus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. IX. Hft. 3 u. 4.)

Sämmtliche Gelenkflächen und Gelenktheile des Tarsus erleiden bei der Entstehung des Klumpfusses in der ersten Schwangerschaftshälfte eine Verschiebung, welche mit wenigen Ausnahmen durch Druck von Seite der Uteruswand zu Stande kommt. — Bei fortschreitendem Wachsthum des Körpers verändern die Tarsusknochen, ihrer abnormen Stellung entsprechend, Grösse und Form. Nach dieser Auffassung, welche auf anatomischen Befunden begründet ist, wird die Annahme einer »primär fehlerhaften Entwicklung der Gelenkkeime« fallen gelassen.

Behandlung des Klumpfusses.

In leichten Fällen wurde nach ausgeführter Tenotomie der Achilles-Sehne die fehlerhafte Stellung (Adduction, Supination und Plantarflexion) auf einmal dadurch corrigirt, dass an die Fusssohle ein mit Heftpflaster bestrichenes Fussbrettchen mit Heftpflasterstreifen fixirt, und darüber ein Gipsverband angelegt wurde.

In schwereren Fällen gelingt dies deshalb nicht immer, weil die Verbildungen des Talus und Calcaneus zu bedeutend sind; corrigirt man dabei die 3 fehlerhaften Stellungen auf einmal, so kommen die Gelenkflächen des Os naviculare und cuboideum an die vordere obere Fläche des schief nach unten sehenden Talus und Calcaneus zu liegen; deshalb verbessert K. zuerst blos die Adductionsstellung des Vorderfusses mittelst einer Holzschiene, welche an der Aussenfläche des Unterschenkels mit Gipsbinden fixirt wird; an diese Schiene wird der Fuss mit Flanellbinden herangezogen. — Dann folgt die Tenotomie der Achilles-Sehne, und hierauf die Correction der Supination und Plantarflexion. — Dies erreicht K. durch Anwendung eines Fussbrettes, mit dem 2 Unterschenkelschienen durch ein Charniergelenk oder 2 Nussgelenke in beweglicher Verbindung stehen. — Die Fixation des Fusses geschieht dabei durch Gipsbinden oder (bei den Nussgelenken) durch eine Schraube.

Die Klumpfussbehandlung soll nach K. in den ersten Wochen nach der Geburt beginnen.

»Ein Klumpfuss ist erst dann als geheilt zu betrachten, wenn der Fuss activ pronirt und über den rechten Winkel dorsalwärts flectirt werden kann.«

Wölfler (Wien).

---

v. Troeltsch. Eine weitere Verwendbarkeit der Zerstäubung von Flüssigkeiten.

(Arch. für Ohrenheilkunde Bd. XIII. Hft. 2 und 3.)

Verf. empfiehlt für Fälle, in welchen man aus Rücksicht für die Schleimhaut Pinsel und Schwamm vermeiden, oder eine genaue Dosirung nicht indifferenter Stoffe erzielen will, an seine Zerstäuber (vergl. Centralbl. 1876 No. 50 p. 798) statt des grossen Glases einen kleineren Flüssigkeitsbehälter, nämlich ein gerade abgeschnittenes, dickeres Reagensglas ohne ausgeschweiften Rand zu verwenden. Um das Gläschen luftdicht mit dem Kork des Apparates zu befestigen, werden beide mit einem Stück Gummischlauch so verbunden, dass das offene Ende des Steigrohres auf den Boden des Gläschens reicht.

Es lässt sich so jede beliebige kleine Anzahl von Tropfen eventuell ein einziger in nebelartigen Zustand versetzen, und auf die Schleimhaut des Kehlkopfes, des Rachens, der Nasenhöhle und des Cavum pharyngo-nasale fein vertheilt auftragen. —

Th. Kölliker (Würzburg).

H. C. Cameron. Fracture of the lower extremity of the radius (Colles).

(The Glasgow med. Journ. Vol. X. No. 3. 1878.)

Brüche am unteren Radiusende findet man — abgesehen von den seltenen traumatischen Epiphysenlösungen junger Leute — hauptsächlich im vorgerückten Alter und beim weiblichen Geschlecht. Bei darauf hin gerichteter Untersuchung sah Verf. bei alten Leuten in überraschend grosser Zahl die Zeichen früherer Radiusfracturen; so z. B. hatten 3 wegen Schenkelhalsfractur gleichzeitig auf seiner Abtheilung liegende alte Weiber an ihren 6 Vorderarmen fünf alte Radiusbrüche aufzuweisen.

Nach kurzer Erwähnung der Aetiologie (Fall auf die Palma manus, seltener auf das Dorsum manus) dieser Brüche, bespricht Verf. an der Hand von zwei guten Abbildungen die Symptomatologie. Verf. hatte Gelegenheit, zwei frische Fracturen dieser Art zu untersuchen, und fand im ersten Falle eine von vorn unten nach hinten oben schräg verlaufende Bruchfläche, so dass das untere Bruchstück hier um so leichter nach oben und hinten gleiten und die charakteristische Deformität hervortreten lassen konnte. Im zweiten Falle stand die Bruchfläche fast senkrecht zur Längsaxe des Knochen, $^3/_4$ Zoll über dem Handgelenk; die Ränder waren scharf gezähnelt, und der harte Rand des oberen Fragmentes hatte sich in die Mitte des nach oben und hinten verschobenen unteren Bruchstückes hineingebohrt. Obgleich eine kräftige Extension den Zustand verbesserte, so wirkte sie doch nicht genügend auf die Richtigstellung der Fragmente.

Verf. macht nun ferner darauf aufmerksam, dass sehr häufig neben diesen Radiusfracturen auch Abreissungen der Spitze vom

Processus styloideus ulnae vorkämen. Diese Brüche seien wohl schon längst bekannt, aber nur selten anatomisch untersucht worden. 5 hierhergehörige Fälle theilt Verf. mit: bei einer 85jährigen, aus anderer Ursache gestorbenen Frau fand er eine alte geheilte Radiusfractur und einen nicht geheilten Bruch des Proc. styl. ulnae; zwischen beiden Fragmenten befand sich eine Art von Synovialhöhle. Bei einem Manne fand er eine ebensolche frische Fractur, wobei der Proc. styl. noch am inneren Seitenband hing. Die anderen Fälle zeigten ähnliche Verhältnisse.

Schliesslich führt Verf. noch einen interessanten complicirten Fall an: ein 32jähriger Mann war von bedeutender Höhe gefallen und hatte sich eine Radiusfractur zugezogen; zugleich bemerkte man an der Volarseite, dicht über dem Handgelenke, gerade unter der Haut ein abgelöstes Knochenstück, welches für ein kleines Radiusfragment gehalten wurde. Es drückte so auf die Sehnen des Mittel- und Ringfingers, dass dieselben flectirt standen und nicht extendirt werden konnten; auch war durch Druck auf den Medianus Gefühllosigkeit im Gebiete dieses Nerven entstanden. Es wurde daher unter antiseptischen Cautelen ein Einschnitt gemacht, und zur grossen Ueberraschung kein Knochenfragment, sondern das ganze dislocirte Os scaphoideum extrahirt.

Die Behandlung der Radiusfracturen anlangend, so wendet Verf. dick mit Watte gepolsterte dorsale und volare Schienen an; das Zurückhalten des unteren Fragmentes in reponirter Stellung sei oft schwer, da der Verband nicht fest angelegt werden dürfe, wegen der starken reactiven Schwellung, die nach diesen Brüchen stets eintrete.

A. Bidder (Mannheim).

Terrier. Note sur un épanchement d'huile a la suite d'une fracture de jambe par action traumatique directe.

(Revue mensuelle de méd. et de chir. 1878. No. 7.)

Bei einer nicht complicirten Comminutivfractur des Unterschenkels durch Ueberfahren beobachtete T. einen öligen Erguss unter die Haut, der mehrmals punctirt wurde.

Verf. citirt mehrere ähnliche Fälle aus der Literatur und stellt schliesslich für das Vorkommen dieser Ergüsse folgende Sätze auf:

1) Obige Ansammlungen können nach Zerquetschung des Zellgewebes auftreten, combiniren sich jedoch in der Regel mit serösen oder sero-sanguinolenten Ergüssen.

2) Phlegmonen und eitrige Osteomyelitis bedingen eitrige Ansammlungen, die Fetttropfen enthalten.

3) Rein ölige Ergüsse, als Transsudate des Fettes des Knochenmarkes, kommen bei Fracturen und vorzüglich bei directen und multiplen Fracturen vor.

Eine subcutane Injection, die T. mit der durch Punction gewonnenen öligen Flüssigkeit den Kranken machte, verlief ganz spurlos. —

Th. Kölliker (Würzburg).

Kleinere Mittheilungen.

Spencer Watson. A case of obstruction to the lacrymal passages with ozaena, due to syphilitic rhinitis.

(Med. times and gaz. 1878. Jan. 19.)

Verf. betont die Wichtigkeit der antisyphilitischen Behandlung bei den in Rede stehenden Fällen, warnt vor der alleinigen Anwendung der mechanischen Behandlung und empfiehlt gleichzeitig die Nasendouche.

45jähriger Mann, klagt über Thränen des rechten Auges und Verstopfung des rechten Nasenloches. Vor 4 Jahren syphilitische Infection, specifische Augenentzündung. Vor 9 Monaten begann unter Kopfschmerzen eiteriger Ausfluss aus dem rechten Nasenloch. Die Untersuchung ergab Spuren überstandener Iritis auf beiden Augen, Geschwüre in der Nase. Behandlung mit Jodkali und Sarsaparillendecoct; später Calomel innerlich. Nasendouche mit hypermangansaurem Kali. Einen Monat später begann allmälig das Bougiren des Thränennasencanals. Das Geschwür in der Nase heilte langsam; Allgemeinbefinden hob sich bald. Die Nasendouche wurde fortgesetzt, ebenso ab und zu die Sondirung des Thränennasenganges. Nach $1^1/_2$ Jahren völlige Heilung. **H. Wildt** (Berlin).

R. G. Bogue. Fifteen cases of tracheotomy.

(The Chicago med. Journ. and Exam. 1878. Febr.)

Das durchschnittliche Alter der Operirten betrug 4,63, das der 6 Genesenden 4,58 und das der 9 gestorbenen Kinder 4,69 Jahre. Die beiden Jüngsten waren $2^1/_2$ resp. $2^1/_4$ Jahr alt und gingen zu Grunde. Verf. plaidirt für frühes Operiren und sorgfältige Nachbehandlung. Die Zimmerluft räth er stets mit Wasserdampf zu saturiren und verwendet zum Inhaliren gern Glycerin mit 5—6 Theilen Wasser verdünnt. **Langenbuch** (Berlin).

Desprès. Des fistules de la trachée. Guerison d'une fistule rebelle aux sutures et aux cautérisations.

(Bulletins et mem. de la société de Chir. Séance du 5. Décemb. 1877.)

D. gelang es, eine rebellische Larynxfistel, welche nach einer Tracheotomie mit langem Liegen der Kanüle zurückgeblieben war und welche allen Aetzungen und einer zweimaligen Anfrischung und Nath der Haut getrotzt hatte, durch folgendes Verfahren zur Heilung zu bringen: Die Fistel wurde in ihrer ganzen Länge angefrischt und nach oben und unten um 3—4 mm erweitert, sodann wurden auf beiden Seiten derselben möglichst grosse Hautfalten präparirt, die schliesslich an ihrer Basis durch eine Insectennadel einander genähert wurden, um so eine Verklebung in der Tiefe herbeizuführen. Das Verfahren glückte vollkommen. Es gelang die Verklebung in der Tiefe herbeizuführen und als am 7. Tage die Insectennadel entfernt wurde, war Alles verheilt bis auf die wenig eiternden Stichcanäle.

Pat. konnte bald geheilt entlassen werden.

Paul Schede (Magdeburg).

W. Snedon. Ueber zahlreiche Abnormitäten der Brüste, nebst Bemerkungen über die Ursache der Missbildungen.

(The Glasgow med. Journ. 1878. Febr., März.)

Der Glasgow. med. Gesellschaft wurde vom Verf. ein kleines Mädchen vorgestellt mit 3 Brüsten; die dritte Mamma sass links unter der normalen und war durchaus wohlgebildet. In der Uebersicht über die hierüber bekannte Literatur erwähnt Verf., dass vollständiges Fehlen der Brustdrüsen nur bei nicht lebensfähigen Kindern mit angeborner Missbildung des Thorax vorkomme. Ueberzählige sind sehr oft gefunden worden, doch wurden nicht mehr als fünf an einer Person gesehen. Erblichkeit ist zu constatiren, ebenso das bedeutende Ueberwiegen der Missbildung beim weiblichen Geschlecht. In Bezug auf die Ursachen muss man sich an fehlerhafte Anlagen in früher Entwicklungsperiode halten.

A. Bidder (Mannheim).

Spanton. Carcinoma of the coecum in a girl aged twelve years.
(Med. times and gaz. 1878. März 16.)

12jähriges, früher immer gesundes Mädchen spürte vor drei Wochen Schmerzen beim Gehen und eine Anschwellung in der rechten Inguinalgegend. Pat. hinkt und senkt rechts das Becken beim Gehen; in der rechten Fossa iliaca ist eine weiche Geschwulst palpabel, ziemlich beweglich, nicht sehr druckempfindlich, Percussionsschall darüber tympanitisch. 10 Tage nach der Aufnahme Fieber, Erbrechen und Schmerzen im Abdomen, was sich nach einer Woche verlor; aber einen Monat später traten plötzlich die Symptome einer allgemeinen Peritonitis auf, der Pat. am 5. Tage erlag. Die Section ergab diffusse eiterig-fibrinöse Peritonitis, das untere Ende des Ileum und das Coecum waren durch einen »encephaloid cancer« eingenommen; Schleimhaut des Coecum ulcerirt. Erbsengrosse Metastasen in der Corticalsubstanz der Nieren. **H. Wildt** (Berlin).

Pott. Ein Fall von primärem Pancreascarcinom.
(Deutsche Zeitschrift für prakt. Medicin 1878. April 20. No. 16.)

Pat., 45 Jahr alt, von hühnenhaftem Körperbau, klagte seit einigen Monaten über häufige Schmerzparoxysmen, die dicht oberhalb des Nabels ihren Ausgang nahmen und nach der unteren Bauchgegend und dem Magen ausstrahlten; dabei war die Verdauung gestört, Appetitmangel und Durchfall traten ein, wobei auf dem flüssigen Stuhl öfters zahlreiche Fettaugen schwimmend beobachtet wurden. Pat. magerte schnell ab. Objectiv ausser fahler Gesichtsfarbe nur eine auffallende Schmerzhaftigkeit zwischen Magen und Schwertfortsatz zu constatiren. Die Diagnose wurde auf ein Carcinom, vielleicht der Retroperitonealdrüsen, gestellt.

Einige Wochen vor dem Tode traten dem Verlaufe des Colon transversum entsprechend Knoten von Haselnussgrösse auf, die unter den leicht verschieblichen Bauchdecken lagen und sehr schnell wuchsen. Pat. starb schliesslich kachectisch.

Section ergab krebsige Degeneration des ganzen Pankreas, secundäre Krebsknoten im Netz und in der hinteren Magenwand, überall im Mesenterium kleinere Metastasen. **Boeters** (Berlin).

J. Mc Craith, Practice of physic in Smyrna: lithotomy.
(Med. times and gazette 1878. Mai 11.)

Verf., Chirurg am englischen Seemannshospital in Smyrna, berichtet über weitere sechs von ihm ausgeführte Steinoperationen (60 schon früher mitgetheilt). In dem einen Falle eines fünfjährigen Knaben, welcher nach den Angaben seines Vaters seit seiner Geburt an Steinbeschwerden leiden sollte, wurde ein Stein entfernt (die genauere Angabe der Methode fehlt), der einem gekrümmten Finger gleich aus drei länglichrunden, wie zusammengelötheten Gliedern bestand. Aller Urin floss sofort per urethram ab und die Operationswunde war am dritten Tage bis auf eine kleine oberflächliche Stelle fest verklebt. Verf. hat diese prima intentio nach dem Steinschnitt schon früher zweimal beobachtet. — In einem zweiten Falle handelte es sich um einen 19jährigen jungen Menschen, der früher eine rechtsseitige Coxitis durchgemacht hatte, die zu einem Beckenabscess mit längere Zeit anhaltendem Ausfluss von Blut und Eiter per urethram geführt hatte; seit $1\frac{1}{2}$ Jahren Steinbeschwerden. Die Harnröhre fand sich in ihrer pars membranacea nach rechts verzogen und verengert; ein halbes Jahr lang Versuche, die Harnröhrenstrictur zu erweitern, ohne rechten Erfolg; plötzlich Einklemmung eines Steins in der verengten Stelle, retentio urinae. Katheterismus forcé und Rückstossen des Steins; jetzt besserer Erfolg im Erweitern der Strictur. Lithotripsie in drei Sitzungen mit vollkommenem Erfolg. **H. Wildt** (Berlin).

K. Dannien. Casuistische Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Rostock.
(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII. Hft. 4. 1878.)

Der erste Fall betrifft eine 42jährige Frau, bei welcher sich ein Tumor des Unterleibs allmälig entwickelt und durch plötzlichen Collaps der Pat. zur Annahme einer Blutung in den Tumor geführt hatte. Nach Aufnahme der Pat. in die

Klinik traten nach Punction des Tumor Zeichen der Verjauchung des Tumor auf und so wurde unter sehr ungünstigen Bedingungen die Ovariotomie gemacht. Es handelte sich um ein cavernöses Fibrom des linken Ovarium, dessen Stiel von links nach rechts einmal um seine Axe gedreht war. Die Gefässe des Stiels waren sämmtlich durch dunkelrothe Thromben obturirt, der Tumor z. Th. verjaucht und nekrotisirt. Die Bauchhöhle wurde mit 1/3% Salicylsäurelösung ausgespült, durch die Vagina drainirt. Es trat Heilung ein.

In dem 2. Fall handelte es sich um ein tiefsitzendes, angeborenes Lipom der linken Hüftgegend von Kindskopfgrösse, welches bei einem 12jährigen Mädchen in Apfelgrösse zuerst im 7. Lebensjahre bemerkt worden war. Die Geschwulst sass unterhalb der Oberschenkelmuskulatur an der Vorderseite des Schenkels unmittelbar auf dem Hüftgelenk; wog 2300 g. — Nach der Exstirpation erfolgte Heilung; Pat. stand nach 5 Wochen auf; nach weiteren 4 Wochen war die Vernarbuug vollkommen.

Zu bemerken ist noch besonders, dass die ganze Extremität im Wachsthum zurückgeblieben war und zwar gleichmässig am Ober-, am Unterschenkel und am Fuss.

Maas (Freiburg i/B.).

Lesser. Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus mit alveolärem Sarkom des Uterus.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1878. No. 10. März 9.)

Von dem im Alter von 25 Jahren plötzlich verstorbenen Individuum, welches, von sonst weiblichem Habitus, nie menstruirt war, sich durch eine rauhe, tiefe Stimme, barsches, sich von Männern wie Frauen zurückhaltendes Wesen ausgezeichnet hatte, giebt L. folgenden Sectionsbefund: leichter Bartwuchs, vorspringendes pomum Adami; sehr gering entwickelte Brustwarzen. Im linken Inguinalcanal ein pflaumengrosser verschieblicher Tumor. Die Clitoris fingerdick, 5½ cm lang, mit gut entwickelter Glans, ohne Präputium, an der Spitze eine längsovale, blinde Vertiefung, von der ein sich allmälig verbreitender Wulst, in der Mitte mit einer schwachen Rinne versehen, sich zum Perineum hinzieht. Derselbe besitzt einen schleimhautartigen Ueberzug, endet 4 cm vor dem After in einer rundlichen Oeffnung von Kleinfingerweite. Ebenso zieht sich von der Wurzel der Clitoris zum Damm beiderseits ein 10 cm langer, 3 cm breiter Wulst, der, nach hinten allmälig abfallend, an der medianen Seite mehrere stecknadelkopfgrosse geröthete Warzen zeigt. Abdomen mit flüssigem Blute gefüllt, an Darmschlingen, Netz, Bauchwand zahlreiche, kirschgrosse, markige Geschwulstknoten, ein ebenso beschaffener von Mannskopfgrösse zwischen Blase und Mastdarm, von diesem zieht sich nach links ein Strang zu dem im Inguinalcanal befindlichen Tumor, dem sarcomatös entarteten Ovarium.

Durch die vor dem Anus befindliche Oeffnung gelangt man in einen kurzen Canal, der sich nach oben in 2 Richtungen verzweigt. An der vorderen Wand findet sich auf einer Lefze eine Furche, die in die Blase führt; oberhalb der äusseren Oeffnung dieser Harnröhre zeigen sich Rudimente eines Corpus cavernos. urethrae, die sich bis zur Clitoris verfolgen lassen. Der hintere Gang führt in eine Vagina 7½ cm lang, 5½ cm breit, an die sich nach oben ein handschuhfingerförmiger, 9½ cm langer Uterus ansetzt. Die 1½ mm dicke Wand rings von Tumormassen umgeben, von denen sie hinten mehrfach durchbrochen wird. Ebenso der obere Theil der Vagina von Neubildung und einer mit noch zum Theil flüssigem Blute gefüllten und nach der Bauchhöhle geborstenen Höhle umgeben. Beckenknochen dünn, gracil; Angulus pubis klein; Entfernung der Spin. 22,1 cm, der cristae oss. ilei. 24,5. Conjugata vera 9,5 cm. Das zweite Ovarium war nicht aufzufinden.

Boeters (Berlin).

Lees. Paralysis of the musculo- spiral nerve. — Charing- cross hospital.

(Med. times and gaz. 1878. April 13.)

23jähriger Schneider kam mit Klagen über Schwäche im linken Vorderarm. Er war vor etwa ½ Monat, den linken Arm über eine Stuhllehne hängen lassend, eingeschlafen; beim Erwachen nach etwa zwei Stunden Gefühl von Taubsein in

der Hand und Schwäche im Arm; ersteres erstreckte sich auf die Rücken der 4 ersten Finger und verschwand allmälig. Bei der Untersuchung fand sich eine vollkommene Lähmung der Extensorenmuskeln von Hand, Finger und Daumen. Finger in den Metacarpo-phalangealgelenken gebeugt, sonst gestreckt. Pronation leicht ausführbar, Supination allein mit Hülfe des Biceps. Sensibilität intact. Faradische Erregbarkeit der afficirten Muskeln herabgesetzt, galvanische erhöht. Bedeutende Besserung nach dreiwöchentlicher galvanischer Behandlung.

H. Wildt (Berlin).

Zander. Vorschlag eines neuen Verbandes bei Brüchen der Kniescheibe.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 21.)

Zur Fixation der Bruchstücke sowohl bei Quer- als bei Längsfracturen der Patella benutzt Verf. zwei Stäbchen mit einem rundlichen Ausschnitt, mittelst dessen die Kniescheibe hinreichend festgestellt werden kann. Während ein Assistent mit Hülfe der Stäbchen die Bruchenden coaptirt und ein weiterer Gehülfe mittelst eines runden Stabes die Patella von oben fixirt, wird die Extremität in eine Lade gelegt, welche nun völlig mit Gipsbrei ausgefüllt wird, so dass der Verband bis zur Mitte des Oberschenkels und Unterschenkels reicht. Ist die Gipsmasse erstarrt, werden sämmtliche Stäbchen entfernt; durch die hierdurch entstandene Oeffnung lässt sich die Patella gut controliren und ebenso, falls der Verband locker werden sollte, Gipsbrei nachfüllen.

Urlichs (Würzburg).

Uhde. Aus dem herzoglichen Krankenhause zu Braunschweig.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 17.)

Aus einer Reihe von Operationen hebt U. folgende besonders hervor: 1) Genu valgum; Ogston's Operation mit sehr schönem Resultat. Temperatur nie über 37,6.

2) Fractura patellae; Eisendrahtnaht. Die Bruchenden standen etwa 4 cm auseinander und wurden mittelst des scharfen Löffels angefrischt. Da die Vereinigung der Bruchenden mit Silberdraht misslang, vereinigte U. dieselben mittelst eines fünffachen Eisendrahtes, der oberhalb der Patella zusammengedreht wurde. Die Hautwunde heilte fast p. p. i., der Draht konnte nach 6 Wochen leicht entfernt werden.

3) Lisfranc. Chopart. Bei einem kachektisch aussehenden Manne wurde wegen Frostgangrän rechterseits nach Lisfranc, linkerseits nach Chopart exarticulirt. Beiderseitige Heilung p. p. i.

4) Luxatio humeri complicata. Der Gelenkkopf ragte aus einer 8 cm langen Risswunde in der Achselhöhle hervor; Reposition, Lister's Verband. Vollständige Heilung mit ungestörter Beweglichkeit nach 7 Wochen.

Urlichs (Würzburg).

Maunder. Fracture of leg — malunion — osteotomy with chisel and mallet — no suppuration.

(Med. times and gaz. 1878. Febr. 2.)

29jähriger kräftiger Mann, einfache Fractur beider Unterschenkelknochen etwas unterhalb der Mitte vor 16 Monaten. Der Bruch consolidirt mit bedeutender Verschiebung des obern Fragmentes nach innen; sehr schlechte Functionsfähigkeit. — Kleine lineare Incisionen bis auf Fibula und Tibia; Einführung des Meissels unter Leitung des noch steckenden Messers, Durchtrennung der Knochen unterhalb des difformen Callus; um möglichst Eiterung zu vermeiden starkes Seitwärtsziehen der Haut, so dass Weichtheil- und Knochenwunden nicht correspondirten. Einfacher Deckverband, Aufhängen in Mc Intyre'scher Schiene, Eisbeutel. Temperatur blieb immer normal. Nach 5 Wochen wurde der erste Verband entfernt; Heilung per primam in guter Stellung.

H. Wildt (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 38. **Sonnabend, den 21. September.** **1878.**

Düsterhoff (Crossen). Kritik der bisherigen Ansichten über den Einfluss der constitutionellen Syphilis auf den Verlauf der Kriegsverletzungen.

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3 und 4. p. 637 und 901.)

Wir führen die wichtigsten Sätze aus dem am Schlusse der umfangreichen Arbeit vom Verf. gegebenen Resumé hier an: Die ansteckenden Formen der Syphilis haben im Allgemeinen keinen Einfluss auf den Wundverlauf, nur treten manchmal bei Reizung syphilitische Efflorescenzen auf.

Wunden, die in unmittelbarer Nähe der primären Induration verlaufen, können per primam heilen.

Die latente Syphilis in ihren Frühformen (in der Regel auch in ihren Spätformen) beeinträchtigt im Allgemeinen nicht den Wundverlauf.

Der beschleunigte Stoffwechsel während des Heilungsprocesses schwerer Verletzungen begünstigt das Latentbleiben der Syphilis.

Bei plastischen Operationen empfiehlt es sich, wenn noch Anzeichen von Syphilis vorhanden sind, vor der Operation eine geeignete antisyphilitische Cur gebrauchen zu lassen, weil sonst leicht Zerfall der Gewebe an der Operationsstelle eintritt.

Tertiäre Formen der Syphilis geben, wenn sie progressiv sind, ungünstige Heilungsbedingungen.

Die Knochensyphilis ist im Stande die Disposition zu Knochenbrüchen zu begünstigen und die Consolidation zu verzögern.

Der Mercurialismus ist mit Unrecht beschuldigt worden, eine vermehrte Disposition zu Fracturen zu bedingen.

Eine mit den nöthigen Cautelen geleitete Mercurialcur hindert bei Syphilitischen die Callusbildung nicht.

Bei inveterirter Syphilis, namentlich Knochensyphilis, führen Verletzungen manchmal (zumal bei schlecht ernährten Individuen) zu einer specifischen Art von Gangrän, welche durch eine passende antisyphilitische Behandlung zum Stillstand zu bringen ist.

Constitutionelle Syphilis disponirt nicht zu Blutungen.

Constitutionelle Syphilis steht bei Verletzungen in keiner Beziehung zur Pyämie.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

G. Callender. Remarks on the treatment of wounds.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 673.)

Verf. behandelte in den letzten 8 Jahren 2070 chirurgische Fälle im Hospital mit 3,4 % Mortalität, nämlich 68. Das Hauptcontingent der Gestorbenen stellten Verbrennungen, Fälle mit Diabetes, Phthisis, Wirbelcaries, Hernien etc. Spray wird weder bei der Operation noch beim Verbande benutzt. Die Wunde wird bedeckt mit doppelter Lage Lint, durchtränkt mit Carbolöl 1:12, darüber kommt ein grösseres Stück ebenfalls in Carbolöl getauchten Lints, darüber ein noch grösseres Stück Gummipapier. Der Verband wird täglich derart erneut, dass die obere Schicht Lint gewechselt wird; die untere Schicht bleibt liegen und wird wenn nöthig mit Carbolöl mittelst Pinsel befeuchtet, alle 3—4 Tage aber erneut. Bei tieferen Wunden ist für zweckmässige Drainage Sorge zu tragen. Zweckmässige Lagerung des Pat. und der erkrankten Theile sind neben peinlichster Reinlichkeit die weiteren massgebenden Factoren der Behandlung. Verf. meint, dass bei Uebung und gewissenhafter Beaufsichtigung Seitens des Chirurgen verschiedene Behandlungsmethoden recht gute Resultate geben können; er selbst fürchtet die Keime in der Luft nicht so sehr und meint, dass wenn sie auch in den Verband eintreten sollten, sie dort unschädlich gemacht werden. Zum Vergleiche giebt er aus dem St. Bartholomew's Hospitale die Amputationserfolge der 6 Jahre von 1870—1875 und die der früheren von 1864—1869.

1864—1869.

Amputationen:

	Primäre			secundäre			aus anderen Ursachen.		
	geh.	gest.	Sa.	geh.	gest.	Sa.	geh.	gest.	Sa.
Schultergelenk	1	—	1	—	—	—	2	—	2
Oberarm . . .	10	1	11	6	2	8	15	—	15
Vorderarm . .	20	1	21	3	—	3	10	—	10
Oberschenkel .	3	1	4	9	10	19	45	30	75
Unterschenkel .	9	12	21	5	5	10	44	20	64
Hüftgelenk . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—

In Summa 264 Fälle mit 182 Heilungen und 82 Todesfällen.

1870—1875.

Amputationen:

	Primäre			secundäre			aus anderen Ursachen.		
	geh.	gest.	Sa.	geh.	gest.	Sa.	geh.	gest.	Sa.
Schultergelenk	—	1	1	—	—	—	2	1	3
Oberarm . . .	11	2	13	4	1	5	2	2	4
Vorderarm . .	13	—	13	2	—	2	13	1	14
Oberschenkel .	3	3	6	5	—	5	79	14	93
Unterschenkel .	5	1	6	8	1	9	66	5	71
Hüftgelenk . .	—	—	—	—	—	—	2	2	4

In Summa 249 Fälle mit 215 Heilungen und 34 Todesfällen.

Pils (Stettin).

E. Galvagni. Contribuzione alla storia della miosite infettiva.

(Sardegua medica 1878. Jan.)

G. weist zunächst auf eine Publication von Nicaise hin, in welcher über 1 Fall von Foucault und 2 von Nicaise selbst (einen 3. Fall hält G. mit Recht eher für Pyämie) berichtet ist; durch die sehr acute, diffuse, von schwerer Störung des Allgemeinbefindens begleitete und von raschem Tode gefolgte eitrige Myositis charakterisiren sich diese Fälle als die »Myosite suraiguë ou infectieuse« von Hayem.

In G.'s Fall war der Verlauf folgender: der 19jährige, kräftige sonst gesunde Pat. erkrankte zuerst mit Gelenkschmerz in linker Hand und Ellbogengelenk. Nach 6 Tagen, ohne Trauma, heftiger Schmerz an der Vorderseite des linken Thorax. Blutegel. — Tags darauf fand G. den folgenden Status: kein Gelenkschmerz; linke Praecordialgegend sehr schmerzhaft, geschwollen, aber nicht ödematös, Haut saffrangelb bis weit über das Gebiet der Schwellung. Percussion sehr empfindlich, ergiebt vorn Dämpfung, hinten normalen Schall; Athemgeräusch und Herztöne abgeschwächt. Temperatur 39,4. — Vorläufige Diagnose: Pericarditis rheumatica. — Eisblase. Die nächsten Tage unter schwerem fieberhaften Allgemeinzustand stete Zunahme der Geschwulst, stets ohne Oedem. Am 12. Tage nach Beginn der Erkrankung Fluctuation in der Tiefe: Einstich, durch welchen viel Blut und wenig Eiter entleert wird. Am 14. Tage breite Incision, reichlicher übel aussehender

Eiter. Tags darauf subcutanes Emphysem; Gegenöffnung. — Unter fortwährendem Abendfieber und reichlicher fötider Eiterung stirbt Pat. am 30. Tage. —

Bei der Section fand sich der M. pectoralis maj. grösstentheils gangränös, die erhaltenen Stücke eitrig infiltrirt. Die Abscesshöhle reichte von der Clavicula bis zum Rippenrand, 3. und 4. Rippe zum Theil von Periost entblösst; an dieser Stelle Ablösung der Pleura costalis, die sich mit dem Finger einstülpen lässt; nirgends Perforation der Pleura. — Links frische fibrinöse und seröse Pleuritis, linke Lunge splenisirt. Pericard an der Vorderseite entzündlich verdickt, aber die Pericardialhöhle, Herz und Gefässe normal. — Milz vergrössert, sonst normal; in der Leber ein haselnussgrosser metastatischer Abscess.

G. glaubt eine Phlegmone ausschliessen und trotz des etwas längeren Verlaufs bis zum Tode die eigenartige Myositis annehmen zu sollen. Auf weitere klinische Erörterungen verzichtet er; nur will er die erwähnte, von Nicaise für charakteristisch gehaltene Gelbfärbung der Haut nicht einer Extravasation, sondern dem fieberhaften Process selbst zuschreiben. **Escher** (Triest).

G. Callender. Dislocations of muscles and their treatment.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. II. p. 51.)

Die im Auszuge mitgetheilte Vorlesung C.'s behandelt die Verlagerung der Muskeln und ihre Behandlung. Die Literatur dieser Affection ist nicht bedeutend; C. erwähnt Poteau's Arbeit, der sie als »luxation des muscles« bezeichnete, nachdem Lieutaud gewisse Lumbaraffectionen auf diese Ursache zurückgeführt hatte. Er giebt an eigenen Beobachtungen die Analyse des Leidens für den M. biceps brach., Mm. peron., M. quadr. fem. und zieht in den Kreis der Betrachtung die partiellen Dislocationen der Bauchmuskeln und der Oberschenkelmuskeln, die durch Ruptur der sie einhüllenden Scheiden oder Fascienblätter entstehen. Die Diagnose des Leidens ist bei genauer Untersuchung leicht, meist auch die Reduction, selten aber gelingt durch längere Ruhestellung des verletzten Gliedes eine restitutio ad integrum, da die über die Knochenrinnen ziehenden Querfasern und Haftbänder zerrissen sind. Dem einzelnen Falle angepasste Bandagen werden oft nothwendig.

Die Reduction gelingt meist, wenn man den dislocirten Muskel erschlafft und nun durch sanftes Reiben oder Streichen mit dem Daumen in seine Lage zurückdrängt; Chloroform ist nicht zu benutzen. **Pils** (Stettin).

Genzmer. Die Hydrocele und ihre Heilung durch den Schnitt bei antiseptischer Wundbehandlung.

(Sammlung klin. Vorträge No. 135.)

Nachdem in den letzten 3 Jahren alle Hydrocelen in der Klinik zu Halle, 69 an der Zahl, mit dem Schnitt und unter antiseptischen

Cautelen behandelt worden sind, glaubt Verf. ein genügendes Material zu besitzen, um Fragen zu erledigen, die zu Anfang des Jahres 1876 in dem Bericht von R. Volkmann noch nicht mit aller Bestimmtheit beantwortet werden konnten.

Gegenüber den neueren Bezeichnungen von Kocher hält G. den unbestimmteren Namen Hydrocele fest, weil für nicht wenige Fälle der nichtentzündliche Ursprung wahrscheinlich ist. Die genauen Ermittelungen bei 60 Fällen hinsichtlich der Zeit der Entstehung führten zu dem Resultat, dass die Jahre der beginnenden Pubertät ein absolut, die in der senilen Involution (50—70) ein relativ höchstes Contingent stellen; eine Entstehung vor dem 14. Lebensjahr ist nicht ermittelt worden. Von Gelegenheitsursachen erscheinen (in 17%) Traumen als unzweifelhafte, Gonorrhoe (in 12%) als wahrscheinliche Veranlassungen; Heredität oder Zusammenhang mit Bildungsanomalien war nicht nachzuweisen. Wo erhebliche Beschwerden vorhanden waren, ist stets ein therapeutischer Eingriff vorhergegangen. Die Form der Hydrocele war wenig charakteristisch, seltener birn- als eiförmig, zwei Mal fanden sich durch mechanische Ursachen bedingt Fortsätze in den Leistencanal oder bis in die Bauchhöhle; nicht selten ist die Form durch Adhäsionen des Hodens verändert. Die Palpation lässt öfters Fragen über Lage, Grösse und Consistenz des Hodens unbeantwortet, auch die Transparenz entscheidet nicht immer über die Lage desselben. Ob die Hydrocele eine symptomatische ist, sagt oft erst die Autopsie beim Schnitt.

Nach eingehender und mit instructiven schematischen Zeichnungen erläuterter Besprechung der primären und secundären Veränderungen an der Tunica, dem Hoden und Nebenhoden, stellt Verf. 5 Gruppen von Hydrocelen auf: die traumatischen, die gonorrhoischen, die durch functionelle Reize und Störungen im Hoden und Nebenhoden bedingten, die Stauungshydrocelen und die symptomatischen.

Anlangend die Behandlung vertritt G. den Satz: »dass bei allen Hydrocelen die freie Incision, von sachkundiger Hand unter antiseptischen Cautelen ausgeführt und in gleicher Weise nachbehandelt das empfehlenswertheste Heilverfahren ist.« Mit Recht legt er grossen Werth auf eine peinliche Befolgung der technischen Kunstgriffe bis in's Detail, z. B. was die vorbereitende Desinfection des Operationsgebiets, die Verwendung von Catgut und tiefer Nähte, vor Allem aber die exacte Ausführung des Verbandes anlangt, worüber im Original nachgesehen werden möge. (Ref. hat unlängst bei der Radicaloperation einer Hernie diese Rathschläge mutatis mutandis mit sehr gutem Resultat befolgt; höchste Temperatur an 2 Abenden 38,2° C.) Die Erfolge in der Halle'schen Klinik entsprechen in der That allen Erwartungen, indem in 14 Fällen gar keine febrile Temperatur und nur in 9 Fällen Temperaturen über 39,0° beobachtet wurden; viele Kranke nur 7—8 Tage in Behandlung waren und mit Ausnahme eines besonderen Falles kein Recidiv zur Beobachtung kam.

Das Wichtigste aus den 69 Krankengeschichten ist im Anhang beigegeben. **Mögling** (Schwenningen).

H. Ranke. Zur Anatomie der serösen Wangencysten. (Aus der Volkmann'schen Klinik.)

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3. p. 707.)

R. hatte einige Male Gelegenheit nach Exstirpation der selten vorkommenden serösen Cysten der Wange, eine genaue Untersuchung der Bälge vorzunehmen. In zwei Fällen erwies sich der Hohlraum der Cyste als Lymphraum, die Cyste selbst als eine Art Lymphvarix. Die ganze Bildung war mithin den cystischen Lymphangiomen einzureihen. In einem dritten Falle zeigte sich die Cyste als Retentionscyste, hervorgegangen aus verschlossenen Wangenschleimdrüsen.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

M. Bartels. Die Traumen der Harnblase.

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII. Hft. 3. p. 519. Hft. 4. p. 715.)

Die Harnblasenzerreissungen sind entweder intraperitoneal, und haben ihren Sitz gewöhnlich oben hinten an der Harnblase, oder sie sind extraperitoneal und liegen vorn. Unter den 504 Fällen von Harnblasenzerreissung, die Verf. gesammelt hat, sind 131 intraperitoneale Läsionen. Sie führten sämmtlich (mit einer einzigen Ausnahme) zum Tode. Der letale Ausgang erfolgte meist innerhalb der ersten 3 Tage. Für die extraperitonealen Harnblasentraumen beträgt die Mortalitätsziffer 20 % (85 Todesfälle auf 373 Verletzte).

Am häufigsten combiniren sich mit den Traumen der Harnblase Verletzungen des Mastdarms und der Beckenknochen. (Unter den 504 Fällen sind 74 Verletzungen des Mastdarms, 196 Fälle mit gleichzeitiger Knochenverletzung der Beckenknochen.)

Die Functionen der Harnblase werden nach Traumen (Schusswunden, Stichwunden) selten vollkommen wieder hergestellt. Am häufigsten ist das Zurückbleiben von Fremdkörpern in der Harnblase nach Schusswunden (auf 285 Schusswunden 88 Fälle).

Wichtig ist der Umstand, dass bei einer erheblichen Zahl der Harnblasenzerreissungen jegliche äusserlich sichtbare Erosion oder Sugillation an den von dem Trauma betroffenen Hautpartien fehlt. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Charon et Ledeganck. Des tumeurs malignes dans la premiére et la seconde enfance.

(Bull. de l'acad. Royale de méd. de Belgique 1878. Bd. XII. Hft. 5. p. 548.)

I. Medullarcarcinom bei einem 5monatlichen Kinde in der rechten Niere.

Die von den Eltern seit einem Monate in der rechten Fossa iliaca bemerkte Geschwulst ist rund und verschiebbar, wenig schmerzhaft

bei Druck, sie zeigt stellenweise Pseudofluctuation. Im weiteren Wachsthum bildeten sich an der Oberfläche deutliche höckerige Prominenzen. Urin normal. Das Kind ging im Alter von 18 Monaten marastisch zu Grunde. Die degenerirte Niere wog 1790 g, sie hatte Mannskopfgrösse. Die Form der Niere war erhalten, alle Malpighischen Pyramiden waren ziemlich gleichmässig in Tumorgewebe verwandelt, letzteres vielfach mit kleinen Blutextravasaten durchsetzt. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Structur des Medullarkrebses.

II. Carcinom der linken Niere bei einem 4 Jahre alten cachektischen Kinde, welches vor 2 Jahren eine Scarlatina durchgemacht hatte. Vor 2 Monaten stellten sich die ersten Unterleibsbeschwerden ein, Fieber, Diarrhoen, ein Tumor in der linken Seite; bald darauf zeigten sich in Zwischenräumen von 24 Stunden 2 Mal grössere Blutmengen im Urin. Eine 14 Tage später vorgenommene Probepunction der Geschwulst ergab blutig eitriges Fluidum. Die Geschwulst erreichte bald Kindskopfgrösse, nur wenig mobil, ziemlich hart, hatte eine höckerige Oberfläche, reichte abwärts bis zum Cruralring, aufwärts bis zur 9. Rippe, hinten bis zur Wirbelsäule, vorn einige Fingerbreit über den Nabel; Colon descendens nach innen verschoben. Schall über der Geschwulst leer. Der Urin zeigte nichts Charakteristisches für Krebs. Das Kind wurde nach kurzer Zeit der Behandlung entzogen.

III. Carcinoma maxillae infer. bei einem 2jährigen Kinde. Der Tumor sass tief im Knochen und schien vom Alveolus des 1. Backzahns ausgegangen zu sein; der Zahn lockerte sich, wurde extrahirt, worauf der tiefsitzende Tumor mit solcher Rapidität zu wachsen anfing, dass er in 14 Tagen taubeneigross zum Alveolus hervorragte. Die Secretion war jauchig, viele kleinere Blutungen traten auf. Das Kind starb marastisch 4 Monate nach Beginn der Affection. In der rechten Niere (welche die Grösse zweier Fäuste hatte) fand sich ein analoger krebsiger weicher Tumor.

IV. Adénite cancéreuse, de nature encephaloide, développée chez un enfant de cinq ans. Die ersten Anfänge der Geschwulst zeigten sich in der Tiefe der linken Wade (Drüsenknötchen neben der Art. tibial. postica). Sie wucherte in die Wadenmuskulatur, brachte diese zur Atrophie, reichte bald von der Achillessehne bis zur Kniekehle, ergriff bald die Leistendrüsen, während zugleich sich Drüsenknoten entlang der linken Carotis bildeten. Von den Leistendrüsen griff die Affection bald auf die Drüsen der Iliaca communis und Aorta über, und wie die 2 Monate nach Beginn der Affection ausgeführte Section ergab, stellten grosse Drüsentumoren entlang der Aorta descendens die directe Verbindung mit den Tumoren am Halse her (Taf. I. des Originals giebt 4 mikroskopische Bilder von den krebsigen Drüsenknoten).

V. Sarcom congénital de la face. Das neugeborene Kind zeigte eine eigrosse Geschwulst in der Gegend des rechten inneren Augenwinkels. Bulbus intact; die rechte Nasenhälfte und ein Theil

der Wange ist ergriffen. In 10 Tagen erreichte die oberflächlich zerklüftete, stellenweise gelbliche, weiche Geschwulst die Stirn, die Lippen und griff auf die linke Gesichtshälfte über. Am 20. Tage trat der Tod ein. Die Section ergab miliare Knötchen in enormer Menge im subcutanen Gewebe, in Pleura, Mediastinum, Pericard. Hirn normal. In den Lungen Hypostase. Der grosse Tumor sowie auch die miliaren zeigten die Structur von embryonalem Keimgewebe. (Siehe Taf. III des Originals.)

VI. Dégénerescence villeuse de la vessie chez un enfant de 3 ans. Der Knabe hatte seit 6 Monaten Urinbeschwerden. Der Katheter führte auf »steinharte« Massen (incrustirte Papillompartien); es wurde der Bilateralschnitt gemacht und blumenkohlartige knotige Excrescenzen wurden nach aussen befördert. 2 Monate später wuchsen die Wucherungen zu dieser Wunde blumenkohlartig hervor. 3 Monate nach der Operation trat der Tod ein.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Cohnstein. Ueber Complication der Schwangerschaft und Geburt mit Blasenscheidenfistel.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 20.)

Da die genannte Complication in den gangbarsten Lehrbüchern gar nicht genannt ist, dürfte C.'s Arbeit besonders interessant sein. Was die mehrfach behauptete Unfruchtbarkeit bei Blasenscheidenfisteln betrifft, so legt Verf. klar, dass dieselbe nur bei zugleich bebestehendem Muttermunds- oder Scheidenverschluss bestehe, doch wurde die Schwangerschaft in der Regel vorzeitig unterbrochen, da der Uterus meist durch die Momente, welche während eines Geburtsactes das Entstehen der Fistel veranlasst, Veränderungen erfahren, welche später den Abort bewirken. Ein häufiger Grund für Entstehen der Blasenscheidenfistel liegt in der Füllung der Blase während der Geburt. — Die Fistelnarbe nach glücklich operirter Fistel ist bei neuer Geburtsthätigkeit natürlich bis zu gewissem Grade gefährdet. Simon hat jedoch Fälle erwähnt, bei welchen die Narbe unverletzt blieb und die Geburt leichter als früher verlief. Verf. theilt einen Fall mit, der eine Russin mit geheilter Fistel betraf. Die Pat. kam gewissermassen prophylaktisch in Czerny's Klinik, um sich die Fistel bei Neuaufbruch während der bevorstehenden Geburt direct operiren zu lassen. Die Narbe hielt jedoch, das Kind starb aber nach der Geburt, welche wegen Atonie des Uterus sich sehr in die Länge zog.

v. Mosengeil (Bonn).

Wertheim. Ueber das Ergrauen, Weisswerden und Ausfallen der Haare beim Menschen.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 8 und 9 mit 7 Holzschnitten.)

Auf Grund mikroskopischer Untersuchungen fand Verf., dass am Haarknopfe (Kolben und Papille) in der Regel beim gesunden

Haare tief schwarzes Pigment zu finden ist. Im vorrückenden Alter bekommt dieses Schwarz zuerst einen Stich in's Braune, wird braunroth, blutroth, gelb und allmälig farblos; im Querschnitt sind dabei diese Kolbenpartien durch Auflockerung vergrössert. Bereitet sich das Haar zum Ausfallen vor, so zerfasert sich der Haarkolben besenartig, verliert seinen Zusammenhang mit der Papille und rückt nach der Ausgangsöffnung des Haarbalges vor. Dieser weitet sich an der Stelle, wo der Haarkolben gerade sitzt, aus, schrumpft aber unterhalb desselben. **v. Mosengeil** (Bonn).

Sommerbrodt. Ueber Kehlkopfsverengerung durch membranartige Narben nach Syphilis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 13.)

Gegenüber Kaposi, welcher die luetischen Kehlkopfgeschwüre für besonders schmerzhaft hält, hat S. früher schon die verhältnissmässig geringen schmerzlichen Beschwerden derselben betont und bezeichnet mit Recht den Mangel der Schmerzen dabei als eine förmliche Gefahr für den Kranken, da hierdurch zweifellos die Vernachlässigung begünstigt wird. — Zu den 21 in der Literatur verzeichneten Fällen von membran- oder diaphragmaartig den Kehlkopf durchsetzenden Narben fügt S. einen neuen. Die Genese der Narbenmembran ist auf die Heilung gegenüberliegender und sich mehr oder minder continuirlich berührender Geschwürsflächen zurückzuführen. Die operative Heilung stösst bei einfacher Discision mittelst des Messers auf die Schwierigkeit, dass immer wieder Neuverwachsung eintritt, weshalb galvanokaustische Zerstörung sich empfiehlt. Die Stimme wird selten gebessert, die Dyspnoe stets gehoben werden.

v. Mosengeil (Bonn).

J. O. Greene. Exostosis of the auditory meatus. Death from meningitis.

(Bost. med. and surg. Journ. 1878. Vol. I. p. 404.)

Ein 14jähriger Knabe, dessen Mutter an Phthisis gestorben war, bekam als 3jähriges Kind eine fast ununterbrochen anhaltende Otorrhoe; vor $^1/_2$ Jahre wurde ein Ohrpolyp diagnosticirt, aber nicht operirt; jetzt war der äussere Gehörgang bis auf $^2/_3$ durch sich theilweis deckende, breit aufsitzende Exostosen verschlossen; das Trommelfell war zerstört, die Schleimhaut des Tympanum mit Granulationen bedeckt, die Tuba Eust. durchgängig, das Hörvermögen auf $^1/_{60}$ herabgesetzt. 6 Jahre später sah G. anlässlich stärkerer Secretion den Pat. Die Exostosen waren so gewachsen, dass nur noch die mittlere Bowman'sche Sonde hindurchgeführt werden konnte; Caries liess sich nicht nachweisen. 3 Monate später, als jede Secretion aufgehört hatte, Pat. schon einige Wochen über stärkere Kopfschmerzen geklagt hatte, strahlten dieselben besonders gegen die linke Schläfe, das

Auge und später die Hinterhauptsgegend aus und wurden so heftig, dass die Nachtruhe fast aufgehoben war; später trat Delirium ein. Da diese Erscheinungen an Intensität in den folgenden Tagen zunahmen, der Meatus audit. ext. sich vollständig verschlossen zeigte, so wurde mittelst Drillbohrer durch die Exostosen und vom Proc. mastoid. her ein Gang zur Paukenhöhle geschaffen und auf diesen Wegen dieselbe gereinigt; hierbei erwies sich das Tympanum und die angrenzenden Partien cariös, der Proc. mastoid. hyperostotisch. Die alsbald eingetretene Besserung hielt nur 2 Tage an, dann setzten die Erscheinungen voller Meningitis ein, von baldigem Tode gefolgt; Section nicht gestattet.

Die im Gehörgange vorkommenden Exostosen sind in seltenen Fällen klein, gestielt und dann meist ohne Bedeutung — G. sah nur 1 solchen Fall — oder sie sitzen breiter auf und wachsen allmälig; von diesen sah G. in den letzten 2 Jahren allein 7, alle bei Männern. Ihre Entstehung ist nicht recht begründet, sie werden allgemein auf periostale Entzündung zurückgeführt, sicherlich stehen sie in der Mehrzahl nicht mit Gicht, Syphilis und Rheumatismus in Zusammenhang. Von diesen 7 wurden 2 gelegentlich auf beiden Ohren bei nicht mit Katarrh afficirten Ohren beobachtet. Die übrigen 5 einseitig fanden sich bei Ohren, welche an Otorrhoe litten, deren Trommelfell mehr oder weniger zerstört war, bei 2 längere Zeit beobachteten konnte ein Wachsthum nicht constatirt werden.

Mit Bezug auf die Operation bieten die gestielten der Entfernung keine Schwierigkeit; die breit aufsitzenden können entfernt werden 1) durch Hohlmeissel und Hammer, 2) durch Meissel und Feile, 3) Zahnbohrer und 4) durch Electrolyse; die beiden letzten Mittel sind die empfehlenswerthesten. Clarke und Dalby operirten glücklich mit Electrolyse.

Obwohl Exostosen nicht selten sind, so geben nur die Beobachtungen Autenrieth's und Toynbee's an, dass sie aus reinem Knochengewebe bestehen, die Beziehungen ihrer Umgebung zu ihnen ist noch nicht aufgeklärt, ebensowenig weiss man, ob sie nur in den Gehörgang hinein oder ob sie auch in der Wandung desselben weiter wachsen.

Pils (Stettin).

F. Busch. Ueber die Veränderung des Markes der langen Röhrenknochen bei experimentell erregter Entzündung eines derselben.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 13.)

B. fand, dass in einzelnen Fällen das Markgewebe sämmtlicher langer Röhrenknochen Veränderungen durchmachte, wenn in einem derselben künstlich Entzündung erregt worden war. Zunächst trat hyperämisches Fettmark auf, das einen Theil seines Fettes verlor und in den höchsten Graden in eine gleichmässige, rothbraune,

zähflüssige und vollkommen fettfreie Masse (lymphoides Mark) überging. Diese Veränderungen traten ein, wenn die Reizung, welche Verf. ausführte, so intensiv war, dass Verjauchung folgte und der Tod des Versuchsthieres schon in der ersten Woche eintrat. Nicht alle Röhrenknochen zeigten gleich starke Veränderung, am meisten ausgeprägt stets der Humerus, dann das Femur, viel weniger Tibia, Radius und Ulna, was B. damit in Zusammenhang bringt, dass bei den ersteren am längsten die jugendliche Beschaffenheit bestehen bleibt. — Hinsichtlich der mikroskopischen Befunde und der Beziehungen der von B. beobachteten Zustände zu denen bei anderen Leiden, welche mit Veränderungen des Knochenmarkes einhergehen, ist auf das Original zu verweisen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Johannovsky. Ueber den Zuckergehalt im Harn der Wöchnerinnen.

(Arch. für Gynäkologie Bd. XII. Hft. 3. p. 448.)

Angeregt durch Hempel's Arbeit hat Verf. die chemische wie die klinische Seite der interessanten Frage bei 25 gesunden Wöchnerinnen geprüft.

Da jeder normale Harn kupferoxydreducirende Substanzen enthält, so benutzte J. — im Gegensatz zu Hempel — die Reductionsproben nicht ohne Weiteres zur Feststellung des Zuckergehaltes, sondern es wurde 1) das Reductionsvermögen der Wöchnerinnenharne (durch Titriren) verglichen mit dem Reductionsvermögen normaler Männerharne, und 2) die Reductionsprobe (Moore, Böttger, Brücke, Trommer) combinirt mit der Prüfung der Polarisation. Es zeigte sich dabei, dass unter 25 Wöchnerinnenharnen 21 als normal, zuckerfrei zu bezeichnen waren; 4 Mal wurde abnormer Zuckergehalt bestimmt nachgewiesen.

In klinischer Beziehung wurde constatirt, dass die aus was immer für einem Grund herrührende Milchstauung in der Brustdrüse als Ursache des Diabetes anzusprechen sei, denn in der That fand sich bei den 4 oben angeführten Fällen ausnahmslos die klinische Notiz einer »eminenten Milchstauung«, und 8 weitere Controlfälle bestätigten diese Wechselbeziehung. »Reichliche Milchsecretion und gute Brustdrüsenentwickelung schienen insofern von beachtenswerthem Einfluss, als beide Zustände geeignet sein mögen, die einmal hinzugetretene Stauung und durch sie den Zuckergehalt zu fördern«.

Löhlein (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

W. R. Gowers. Brain in congenital absence of one hand.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 757. London roy. med. and chir. soc.)

Im mittleren Lebensalter verstarb eine Person, welcher seit der Geburt die linke Hand fehlte; die Carpalknochen sind unvollkommen entwickelt, und von einer fibrösen Kapsel überzogen, an welcher sich fast sämmtliche Sehnen der Vorderarmmuskeln

inseriren; nur der M. extensor digit. minim. fehlte; die Gefässverbreitung war eine normale. Die genaue Untersuchung des Gehirns ergab volle Gleichheit beider Seiten bis auf die rechte »aufsteigende, parietale Windung, welche im mittleren Drittel nur die Hälfte der Stärke der linken Seite besass. Mikroskopisch konnte keine Abweichung in der Structur der rechten Seite erkannt werden. Diese mangelhaft ausgebildete Gegend entspricht der Zone, für welche Ferrier bei Affen nachgewiesen, dass sie die Bewegungen der Hand auslösen.

Pils (Stettin).

C. Zapatero. De la Ligadura de la carotida primitiva.

(El siglo médico 1878. No. 1255.)

Ein 33jähriger Soldat leidet seit einem Jahre an einer Geschwulst in der Regio submaxillaris sinistra. Dieselbe ist hart, höckerig, von der Grösse einer Orange, auf Druck nur an einem Punkte schmerzhaft, verursacht Schlingbeschwerden und Athemnoth. Jodtinctur und Jodkali bringen keine Besserung und schritt man ihres Wachsthums wegen zur Exstirpation der Geschwulst.

Am 12. Tage nach der Exstirpation zeigte sich aus der noch nicht geschlossenen Wunde eine beträchtliche Blutung. Die Blutung wurde durch Digitalcompression der Carotis communis und Ausfüllung der Wunde durch einen in Eisenchlorid getauchten Charpietampon gestillt. 6 Tage später begann von Neuem eine starke Blutung, die auf obige Weise gestillt werden konnte. 2 Tage später kam es zu einer 3. abundanten Blutung, worauf man zur Unterbindung der Carotis communis unterhalb der Bifurcation schritt, und dieselbe glücklich vollendete.

Als man während der Blosslegung der Carotis zu ihrer Bifurcation gekommen war, fand sich eine kleine linsengrosse Geschwulst, die ihren Sitz im Winkel der Bifurcation hatte. (Wohl das von Luschka 1862 entdeckte Ganglion intercaroticum, Ref.)

14 Tage nach der Ligatur war die Wunde geheilt und Pat. konnte bald darauf entlassen werden.

Die Geschwulst, von fibröser Beschaffenheit, zeigte sich gestielt. Der Stiel war sehr dünn und dessen Richtung parallel dem Nervus hypoglossus.

Kispert (Madrid).

Calvo. Sarcoma melánico.

(El siglo medico 1878. No. 1267. p. 221.)

C. stellt der Academia de Medicina einen 39jährigen Mann vor, welchem 1874 ein Sarcoma melanoides des linken Auges exstirpirt wurde. 3 Jahre später präsentirte sich der Kranke von Neuem mit einer Geschwulst des rechten Ellenbogengelenks. Der Arm wurde amputirt. Der Tumor, der circa 4 Pfund wog, ergab sich ebenfalls als melanotisches Sarkom. **Kispert** (Madrid).

Cheadle. Gangrene of the lung, following tracheotomy for diphtheria.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 754.)

Bei einem $5^2/_3$jährigen Mädchen musste wegen Glottisstenose die Tracheotomie gemacht werden; das Kind erholte sich langsam. Am folgenden Tage trat neue Athembehinderung ein, es wurde eine weitere Kanüle eingelegt; eine grosse Pseudomembran entleerte sich, Athmung frei; in den folgenden Tagen entleerten sich mehrfach Membranen, theilweise nach Verabreichung von Brechmitteln; am 6. Tage konnte die Kanüle entfernt werden, die Belege der Tonsillen und das Eiweiss aus dem Urin waren geschwunden. Temperatur Abends 100 F. Aber am 9. Tage wurde das Sputum übelriechend, am 13. deutlich von gangränösem Geruch, bald stellte sich Erbrechen und Durchfall ein, die Kräfte sanken und Pat. starb 15 Tage nach der Operation. Die Section ergab: mehrere Trachealknorpel entblösst, die unter dem untern Wundwinkel gelegenen Trachealknorpel nekrotisch; der untere und vordere Theil des rechten oberen Lungenlappens in eine von fibrösen Balken durchzogene, mit stinkendem Inhalte erfüllte Höhle umgewandelt, der Rest der rechten Lunge pneumonisch infiltrirt. Kein Druckgeschwür an der hinteren Trachealwand.

Pils (Stettin).

Callender. Intracranial abscess containing air.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. II. p. 55.)

Der 10jährige Knabe bekam ohne nachweisbare Ursache vor 9 Monaten heftige Schlafneigung und Kopfschmerzen; 10 Tage später bildete sich über dem rechten Scheitelbeine eine weiche Anschwellung, die sich spontan eröffnete und Eiter entleerte. Bei tiefer Expiration durch den Mund oder die Nase, auch wenn Pat. die geschlossenen Augenlider zukneipt, entweichen mit dem Eiter reichliche Luftblasen; diese Luft ist sicher nur von aussen in den wahrscheinlich intracraniellen Abscess eingedrungen; einige Tage nach der Vorstellung des Pat. legte C. den Knochen um die Fistelöffnung frei und konnte ohne Trephine 1" nekrotischen Knochen entfernen; der kleine Abscess lag zwischen Knochen und Dura; der Fall ist in bester Heilung begriffen. **Pilz** (Stettin).

J. P. Cassells. Sewer-Gas and ear disease.

(Edinb. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 911.)

Innerhalb 48 Stunden erkrankten C.'s 4 eigene Kinder im Alter von 10, 8, 3, und 1½ Jahr an heftiger Entzündung des Mittelohrs; die Incision des Trommelfells entleerte reichliche, klare, seröse Flüssigkeit, gefolgt von Nachlass der heftigen Schmerzen; die Secretion hielt mehrere Tage an, bei dem einen Kinde trat meningitische Reizung hinzu. Als Ursache dieser glücklich ablaufenden Hausendemie fand C. die Durchlässigkeit der Leitung an 2 Wasserclosets vor. Aehnliche Beobachtungen, auf welche bisher wenig aufmerksam gemacht ist, hat er öfter gemacht, jedesmal konnte Ausströmen aus einer Cloakenleitung nachgewiesen werden; in der Regel war mit der mehr oder weniger stark hervortretenden Schwerhörigkeit ein Nasenrachenkatarrh verbunden, Erscheinungen, die sistirten, wenn die undichte Stelle der Leitung geschlossen war oder wenn bei schlechtem Untergrunde der Wohnung Pat. den Wohnort wechselte. **Pilz** (Stettin).

Hack. Ueber einen Fall endolaryngealer Exstirpation eines Polypen der vorderen Commissur während der Inspirationspause.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 10.)

Verf. führte die oben erwähnte Operation bei einem Pat. aus, dessen Laryngealschleimhaut überaus empfindlich war, und bei welchem die mittleren und unteren Epiglottismassen sich so zurückwölbten, dass die halbe Glottis verdeckt wurde. Auch dieser Epiglottiswulst war sehr empfindlich, nur bei der Inspirationspause war er es nicht. Verf. nahm daher während derselben mehrere Incisionen in die Basis des Polypen vor, bis dieser nur noch an einem fadendünnen Stiele sass, der bei einem Hustenstoss zerriss. **v. Mosengeil** (Bonn).

Allis. Strangulated hernia, etc.

(Philadelph. med. times 1877. Juli 7 und 21. No. 251 und 252. p. 460 und 485.)

Ein 59 Jahr alter, schwacher, durch Diarrhoen reducirter Mann empfand beim Heben einer Last plötzlich Schmerz in der rechten Leiste. 2 Tage später fand ein Arzt dort einen Tumor, den er für eine Hernie ansprach und durch Reposition bis auf einen kleinen Rest zurückbrachte. 60 Stunden nach Beginn der Affection kam A. hinzu und fand den Pat. sehr verfallen, Puls frequent und klein, Unterleib stark aufgetrieben, tympanitisch, es hatte häufiges Erbrechen stattgefunden zum Theil mit Beimengung von Galle. Der rechte Hode bis aufs Doppelte geschwollen, äusserst schmerzhaft, nach oben dicht gegen die Mündung des Inguinalcanals verschoben, Samenstrang geschwollen und schmerzhaft (ob in Folge von Repositionsversuchen?). Diese Symptome blieben, die Kräfte nahmen ab. Eine Operation wurde nicht gemacht. Tod nach 3 Tagen. Section: Eine Dünndarmschlinge lag im Inguinalcanal, eine Sonde gelangte an ihr vorbei in den Process. vaginal. perit., also angeborener Bruchsack. Die Schlinge ragte nach aussen nicht aus dem Canale hervor. Allgemeine Peritonitis.

2. Eine 43jährige Frau mit seit 2 Jahren bestehender rechtsseitiger Femoralhernie und an chronischer Verstopfung leidend bekam Incarcerationserscheinungen, hochgradige tympanitische Auftreibung des Leibes. Application von Eis und Repositionsversuche am 3. Tage verkleinerten den Tumor und dabei traten gurrende Geräusche auf, welche annehmen liessen, dass die Passage für Luft und Flüssigkeit zwischen der Schlinge des Bruchsacks und dem übrigen Darm nicht aufgehoben war. Tod am 5. Tage. Die Section ergab Gangrän der Darmschlinge. A. glaubt, dass unter dem Einfluss der Gasauftreibung die Passage in der Bruchschlinge behindert worden ist.

3. Bei einem 50jährigen Pat., welchem vor $1/2$ Jahre eine incarcerirte rechte Femoralhernie durch Reposition bis auf einen kleinen Rest beseitigt worden war, trat eine neue Einklemmung auf; der Tumor wurde ebenfalls bis auf einen kleinen Knoten reponirt, die Symptome dauerten jedoch fort und die 96 Stunden nach der Einklemmung ausgeführte Operation brachte Netz und Darm zu Tage, beide in weit vorgeschrittener Fäulniss.

4. Eine 58jährige Frau, welche nie vorher eine Hernie gehabt haben soll, erwachte aus dem Schlafe mit eingeklemmter rechter Femoralhernie, 2 Tage später wurde die Herniotomie gemacht und dabei eine beginnende Gangrän der Darmschlinge gefunden.

In den Bemerkungen betont A. die grossen Schwierigkeiten einer sichern Diagnose und er ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass die Gefahren eines in zweifelhaften Fällen selbst unnöthigen Bruchschnittes gegenüber den enormen Gefahren zu langen Wartens nicht in's Gewicht fallen. Er stellt die Regel auf, 24 Stunden nach der Einklemmung keine Repositionsmanöver mehr vorzunehmen, zumal in Fällen, wo heftiges beständiges Erbrechen vorhanden ist. Das von A. angegebene, von Tiemann et Comp. in New-York angefertigte Herniotom mit verschiebbarem Schneidedecker ist im Original (p. 487) abgebildet.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

A. Patterson. Rare case of hernia.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 492.)

Ein 34jähriger Mann bekam eine acute Einklemmung einer Scrotalhernie, deren Taxis nicht gelang. Bei der Aufnahme im Hospital zeigte dieselbe eine ausgesprochene Sanduhrform und reichte bis in den Leistencanal; es fehlte Uebelkeit und Erbrechen, ebenso Singultus, der Leib war nicht besonders aufgetrieben; die Schmerzen sassen besonders im Tumor und strahlten zum Nabel aus; der Puls erschien von mittlerer Völle. Bei der 10 Stunden nach Beginn der Erscheinungen ausgeführten Herniotomie entleerte sich viel bluthaltiges Bruchwasser; man kam auf blutreiches Netz, fand erst den Darm, als man weiter abwärts den Schnitt verlängert hatte; hier lagen 6" Dünndarm von 2 Zügen Netz in Art einer Krebsscheere stark eingeschnürt; der Darm erschien an der Einschnürungsstelle tief kastanienbraun, er wurde zurückgebracht, das Netz war theilweise angewachsen; Heilung ohne Zwischenfall.

Pilz (Stettin).

H. W. Page. A case of intussusception, in which abdominal section was performed.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 840. Roy. med. chir. soc.)

Am 31. Dec. wurde der in der letzten Zeit sehr abgemagerte 5jährige Knabe in's Hospital gebracht. Seit 6 Wochen waren paroxysmenweise Schmerzen im Leibe aufgetreten, in der letzten Zeit etwas Durchfall. Nach einigen Tagen Besserung, dann aber am 14. Tage von Neuem heftige Schmerzanfälle. Es fand sich in der linken Lendengegend eine deutliche Dämpfung; der Zustand verschlimmerte sich mehr und mehr, am 20. bestand ein Tumor in der linken Darmbeingrube; Insuflatio per rectum hob alle Erscheinungen. Recidive der Invagination am 4., 11., 16., 25. Febr. wurden durch Insuflation prompt beseitigt. Leider nahmen trotz aller Vorstellung die Eltern das Kind am 27. Febr. aus dem Spitale um es am 4. März collabirt wieder zu bringen; seit 2 Tagen sollten die erneuten Erscheinungen der

Invagination bestehen. Die Insuflation blieb ohne Wirkung. Daher Eröffnung der Bauchhöhle; der Schnitt musste über den Nabel hinaus geführt werden. Zwei Zoll der Invagination waren leicht zu lösen; dann blieben die Versuche fruchtlos. Die genauere Untersuchung ergab an der Grenze der Invagination eine 2″ aufsteigende und über die erste hinweggelagerte Invagination. Die starke Ausdehnung der Därme und eine leichte Verlöthung der unteren Darmeinschiebung machte die Entwicklung derselben etwas mühsam, jetzt gelang es leicht nach Hutchinson's Methode die obere Invagination durch Ausquetschen von unten her frei zu machen und zu lösen; das hyperämische Coecum mit proc. vermiform. kam zuletzt zu Tage. $9^3/_4$ Stunden später starb das Kind an Erschöpfung. Section. Peritonitis des Dünndarms und ein langes Mesocoecum. — Nach P. entsteht die Invagination durch partielle Paralyse eines Darmstücks, das die Scheide der Invagination bildet. Im Anschlusse hieran referirt Gay über einen ähnlichen Fall mit tödtlichem Ausgange; es war nicht operirt worden. Section nicht gestattet.

Pilz (Stettin).

Alberts. Aus der gynäkologischen Klinik in Breslau. Rechtsseitige antirenale Echinococcuscyste. Probeschnitt; partielle Excision, Drainage. Heilung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 22.)

Eine 28jährige Pat. litt seit etwa Jahresfrist an Schmerzen in der rechten Seite des Leibes, welcher stetig an Umfang zunahm. Es liess sich im Abdomen ein mannskopfgrosser, undeutlich fluctuirender, beweglicher Tumor palpiren, welcher den Fundus uteri und das vordere Scheidengewölbe etwas herunterdrückte. Urin frei von abnormen Bestandtheilen. Bei einer Probepunction wurde einfache Transsudatflüssigkeit entleert. Der cystische Tumor stand anscheinend weder mit den drüsigen Bauchorganen, noch mit den Generationsorganen in Zusammenhang, Hydronephrose war auch auszuschliessen, und man musste eine Cyste des Netzes oder des retroperitonealen Bindegewebes oder einen abgestorbenen Echinococcussack annehmen. Behufs der Operation wurde die Laparotomie vorausgeschickt und als sich die Geschwulst mehrfach so verwachsen mit der Umgebung zeigte, dass von ihrer Exstirpation abgesehen werden musste, entleerte man sie, excidirte einen Theil ihrer Wand und vernähte den übrigbleibenden Sack mit der Bauchwunde. Der Sack wurde durch Aetzen mit Carbolsäure entzündet, zur Eiterung und zu granulösem Verheilen gebracht. **v. Mosengeil** (Bonn).

J. R. Chadwick. Rupture of an abdominal cyst by palpation.

(Bost. med. and surg. Journ. 1878. Vol. I. p. 503.)

Eine Frau, die 2 Kinder geboren und 4 Aborte gehabt, den letzten vor 6 Jahren mit partieller Retention der Placenta, hatte seit 6 Wochen schwache, aber anhaltende Metrorhagie; der Uterus stand unbeweglich in höchster Anteversion, bewirkt durch gleichmässige Induration des perimetritischen Gewebes und eine in der rechten Ovarialgegend befindliche, unregelmässig geformte Geschwulst, die an mehreren Stellen als dünnwandige Cyste erschien. C. hielt sie für die hydropische Tube oder ein abgesacktes, peritoneales Exsudat. Bei der combinirten intra- und extravaginalen Untersuchung verschwand plötzlich der Tumor; die Züge der Pat. änderten sich nicht, es folgte kein Abfluss per vaginam, keine weitere Nachererkrankung, abgesehen von einer leichten »gastrischen Störung«. Die Untersuchung einige Monate später zeigte keine Neuansammlung, die Induration im Beckengewebe war verschwunden, der Uterus hatte seine normale Stellung und Beweglichkeit; die Menstruation war eingetreten und sehr reichlich.

Pilz (Stettin).

Berkley Hill. Case of cystic sarcoma of the popliteal space.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 718.)

Ein 26jähriger Mann bemerkte seit 8 Monaten eine Anschwellung in der linken Kniekehle, er hatte hier das Gefühl der Spannung und der Schwäche im Gelenke. Die Geschwulst von der Grösse einer Cacao-Nuss war gelappt, die Ober-

fläche sonst glatt, die Masse selbst elastisch, und bei Beugung des Knies fluctuirend, dabei undurchsichtig, ohne Puls und leicht verschieblich; die benachbarten Drüsen waren nicht geschwollen; die anliegenden Knochen normal; das Aussehen des Pat. war recht gut. Da ausser einer Neubildung ein ausgedehnter Schleimbeutel in Betracht kam, so wurde mittelst Troikart die Punction gemacht; dieselbe entleerte $1^1/_2$ Unzen blutig-gefärbten Serums, dann verstopfte sich die Kanüle mit gelatinöser Masse, in der sich eine grosse Zahl von Rund- und Spindelzellen vorfand. Mit Benutzung der blutsparenden Methode und unter antiseptischen Massnahmen machte H. die mühsame Ausschälung der mit der Ven. popl. verwachsenen Cyste; zahlreiche kleine Gefässe mussten unterbunden werden und ebenso wandständig die angeschnittene Ven. popl. — Die angeschnittene Cyste enthielt ein wandständig aufsitzendes blumenkohlartiges Gewächs (Sarkom). Nur $5^1/_2$ Stunde war das Bein kühler, dann normal; Eiterung trat ein. In der 3. Woche war die Heilung noch nicht vollendet, es fand sich jetzt eine leichte Anschwellung in der Kniekehle und später über der Fibula. Pat. verliess das Hospital; einige Wochen später hatten sich die Schwellungen spontan etwas zurückgebildet. Verf. meint ohne Esmarch-sche Einwickelung wäre die Operation gar nicht in der Tiefe auszuführen gewesen; interessant waren die geringen Folgen der Venenverletzung und der wandständigen Ligatur. **Pilz** (Stettin).

R. Mc Donnell. Rupture of the tendon of the gluteus maximus.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 487.)

Ein 63jähriger grosser, kräftiger Mann fühlte, als er in gebückter Haltung einen schweren Karren anheben wollte, plötzlich einen heftigen Schmerz in der Glutealgegend, gerade als ob er von einem Steine getroffen werde und hörte zugleich ein lautes Knacken; Pat. fiel um, hatte andauernd heftige Schmerzen. Die afficirte Glutealgegend war mit Blut unterlaufen, der Gluteus welk und schlaff, das Bein und der Fuss wie gelähmt; mittelst 2 Stöcken konnte Pat. sich fortbewegen; die Ruptur fand statt am Ansatze des Muskels an die Sehne; unerklärlich blieb die Motilitätsstörung des Beines und Fusses, da die Sensibilität vollkommen erhalten und man nicht an Ruptur des N. ischiadicus denken durfte. In der Discussion weist Croly auf die Möglichkeit hin, dass der Nerv gedehnt oder partiell zerrissen sei.

Barton berichtet über einen Fall von partieller Ruptur des M. glutaeus maximus. Während Zerreissungen anderer Sehnen häufiger bekannt geworden sind, konnte Verf. keinen diesem ähnlichen Fall auffinden.

Pilz (Stettin).

Oberst. Ein Fall von acutem Carbolismus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 12.)

Einem Reconvalescenten nach schwerer Verletzung (er hatte sich, auf einen umgestürzten Stuhl fallend, ein Stuhlbein in den Anus gerannt und damit eine Blasenmastdarmfistel zugezogen) wurde auf der chirurgischen Abtheilung des Augsburger Krankenhauses aus Versehen statt Bitterwasser ein 180 g haltendes Glas mit 5% wässriger Carbollösung gereicht. Drei Minuten nachdem dieselbe getrunken war, kam O. hinzu; der Pat. war bewusstlos, kalter klebriger Schweiss bedeckte das Gesicht und der Mund war fest geschlossen. O. öffnete die Kiefer und brachte die Schlundsonde leicht in den Magen, entleerte etwa 150 g Mageninhalt, der stark nach Phenol roch; danach wurden mehrere Liter Wasser durch den Magen gespült, und der Pat. erholte sich. Der Urin war nur einen Tag lang graubraun gefärbt; ein noch vorhandener Blasenkatarrh besserte sich auffällig unter der Wirkung des Carbolismus. **v. Mosengeil** (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 39. Sonnabend, den 28. September. 1878.

R. Volkmann. Die Behandlung der complicirten Fracturen.

(Sammlung klin. Vorträge No. 117 u. 118.)

Innerhalb eines Zeitraums von $4^1/_2$ Jahren sind auf V.'s Klinik 75 complicirte Fracturen bei 73 Kranken unter Anwendung der antiseptischen Methode der conservativen Behandlung unterworfen worden. Von diesen Kranken ist kein einziger gestorben, — ein Resultat, welches mit früheren Erfahrungen verglichen (V. führt für die Sterblichkeit der offenen Unterschenkelbrüche vor der antiseptischen Aera die Ziffer von 38,5 % an), allerdings als ein unerhörtes bezeichnet werden darf.

Unter die in einer Tabelle zusammengestellten Fälle sind die Intermediär- und Secundär-Amputirten, sowie alle Resecirten (primär und secundär oder intermediär) mit aufgenommen.

Bei den 73 Verletzten war 48 Mal die Fractur durch directe Gewalt entstanden; 20 Mal die Knochen an der Bruchstelle in grösserer

oder geringerer Ausdehnung zersplittert; bei einer grossen Reihe (meist Maschinenverletzungen) waren gleichzeitig grosse Gelenke eröffnet, die Muskeln in ausgedehnter Weise zerfetzt, die Haut weit abgelöst u. s. w.

Von den 75 Fracturen betreffen 8 den Oberarm, 20 den Vorderarm, 1 den Oberschenkel, 3 die Patella, 43 den Unterschenkel.

Secundär resp. intermediär amputirt wurde 8 Mal, also in 10,6 % der Fälle, und zwar 2 Mal am Oberarm, 1 Mal am Unterarm, 1 Mal am Unterschenkel und 4 Mal am Oberschenkel.

Resecirt wurde 7 Mal, 2 Mal primär und 5 Mal secundär (6,6 %): 1 Mal im Schultergelenk, 4 Mal im Ellenbogengelenk und 2 Mal im Sprunggelenk.

Grosse Gelenke waren gleichzeitig 21 Mal eröffnet, Schultergelenk 1, Ellenbogengelenk 6, Handgelenk 3, Kniegelenk 4 und Sprunggelenk 6 Mal (28 % der Fälle). Von diesen 21 Fällen kamen 3 zur Secundär-Amputation, 7 zur Resection, 11 wurden conservativ durchbehandelt. 10 von diesen letzteren wurden mit frei beweglichem Gelenk geheilt, 1 Mal (1 Kranke mit Schussfractur der Patella, die bei schon vereitertem Gelenk, 13 Tage nach der Verletzung, aufgenommen wurde) entstand Ankylose.

Unter den Kranken befanden sich 10 zwischen dem 40. und 50., 9 zwischen dem 51. und 60., 5 zwischen dem 61. und 70. Lebensjahre. Es zeigte sich, dass bei antiseptischer Behandlung auch alte Leute die schweren Verletzungen, vorausgesetzt, dass kein erheblicher Blutverlust sie begleitet, fast ebenso leicht wie jüngere ertrugen. Der grosse Einfluss, den vordem das Lebensalter auf die Sterblichkeit nach schweren Verletzungen und grossen Operationen hatte, beruht auf der geringen Widerstandskraft alter Leute gegen das bei den früheren Behandlungsweisen eintretende septische (Wundreinigungs-) Fieber.

Sehr viel mehr, als auf den Umstand, dass von seinen Kranken keiner gestorben ist, legt V. Gewicht auf den Verlauf des Wundheilungsprocesses, der ein durchaus anderer ist, als er es sonst bei offenen Knochenbrüchen zu sein pflegt. Während bei den früheren Behandlungsweisen es in den allermeisten Fällen zu einer mehr oder weniger heftigen Jauchung kam, der eine langwierige Eiterung der Bruchspalte und der sie umgebenden Weichtheile folgte, welche wiederholte Incisionen nöthig machte, während fast regelmässig Nekrosen der Bruchenden und Splitter eintraten, so dass sich die definitive Heilung sehr gewöhnlich 5, 6, oft genug 10 Monate in die Länge zog, — stellt sich der Wundverlauf bei correct ausgeführter antiseptischer Behandlung ganz anders. Eitersenkungen oder irgend etwas derartiges kamen nicht vor, selbst bei schweren Splitterungen erfolgten höchstens minimale Nekrosen der Bruchenden oder zurückgelassener Splitter; fissurale (Bruchspalten-) Eiterungen traten nicht ein. Wenn nicht etwa Mortificationen gequetschter Weichtheile Platz griffen, so kamen die Fragmentenden überhaupt nicht wieder zu Gesicht. Ab-

gelöste Hautpartien heilten prima intentione wieder auf, Wundspalten füllten sich mit Blutcoagulis, die sich »organisirten«, und die Fractur heilte wie eine subcutane, gewissermassen unter dem feuchten Schorf. — Ein solcher Verlauf wurde freilich nur in Fällen erreicht, die frisch oder relativ frisch aufgenommen wurden. War bereits deutliche Reaction oder selbst Zersetzung der Wundsecrete eingetreten, so war im Verlaufe der Heilung die Secretion profuser, es trat Bruchspalteneiterung ein, es bildeten sich grössere Nekrosen. Immerhin aber kam es zu keinen Eitersenkungen und es gelang ausnahmslos, die Wunde zuletzt doch noch völlig aseptisch zu machen.

Anlangend die Technik des antiseptischen Verbandes, so legt V. das grösste Gewicht auf den ersten Verband: »Der erste Verband entscheidet das Schicksal des Kranken und bestimmt den Gang des Wundverlaufs.« Das Verfahren auf V.'s Klinik ist folgendes: Der Kranke wird chloroformirt und dann die Reinigung der verletzten Extremität mit Seife, Bürste, Rasirmesser, Wasser und Carbolsäure vorgenommen. Hierauf wird die Wunde zunächst mit dem Messer so weit dilatirt, dass man mit dem Finger eindringen, untersuchen und sämmtliche Recessus unter einem Strome von Carbollösung auswaschen kann. Längere Wundrecessus werden von aussen incidirt und drainirt, und namentlich werden an solchen Stellen, wo die Haut in grösserer Ausdehnung abgelöst ist, an geeigneten Stellen kurze Incisionen gemacht, in die nachher die Drains eingeführt werden. Alle losen Splitter werden entfernt, spitze Fragmentenden, die sich schwer reponiren lassen oder sich in die Muskulatur einbohren, werden mit der Knochenzange geglättet; wenn es nöthig ist wird hierbei die Extremität so gebogen, dass die Fragmentenden zur Wunde herausdringen. Dann wird die Wunde noch einmal mit Carbollösung ausgewaschen, es werden die Drains eingeführt, wobei namentlich zu beachten ist, dass die in die Hauptwunde gebrachten Drains nur genau bis auf die Knochenspalte, nie in sie hineinreichen. Die Drains werden im Niveau der Haut abgeschnitten, an Seidenfäden angeschleift, und endlich wird die verletzte Extremität, nachdem die Fragmente reponirt sind und die Wunde noch einmal mit Hülfe des Irrigators ausgespült ist, in der bekannten Weise unter Spray verbunden. — Der erste Verband wird meist am nächsten, spätestens übernächsten Tage abgenommen, die späteren werden dann nach Bedürfniss aller 2—4—6 Tage gewechselt. Entleert sich auch bei Druck kein Secret aus den Drains mehr, so werden sie weggelassen. Der antiseptische Verband wird jedenfalls so lange fortgesetzt, bis nur noch flache, granulirende Defecte vorhanden sind.

Erhärtende Verbände werden durch die antiseptische Wundbehandlung für die erste Zeit völlig entbehrlich gemacht. Zur Immobilisirung der Fragmente werden statt derselben angewendet:

An der oberen Extremität für die Fracturen des Vorderarms, Verletzungen und Resectionen des Ellenbogengelenks, für die Brüche am unteren Humerusende die Volkmann'sche »Supinationsschiene« (Ab-

bildung im Original). Bei Fracturen des Oberarms nahe der Schulter genügt die Befestigung auf einem Desault'schen Kissen für die erste Zeit vollständig.

An der unteren Extremität für Fuss- und Kniegelenksverletzungen, Fuss- und Kniegelenksresectionen, für alle Fracturen des Unterschenkels sowie des unteren Drittels des Oberschenkels die Volkmann-sche ⊥-Schiene (Abbildung ebenfalls im Original). Bei Fracturen des Oberschenkels in den beiden oberen Dritteln wird die permanente Extension in Anwendung gezogen.

Ist die Secretion sehr gering geworden, sind die Incisionen grösstentheils verheilt, kurz, kann es ohne Schaden für die sichere Anwendung der Antiseptik geschehen, dann werden gefensterte Gypsverbände angewendet, und zwar ist eine absolute Fixation der Fragmente dann noch um so nothwendiger, als in Folge der geringeren Reizung nach der antiseptischen Behandlung leichter einmal die Knochenproduction verzögert werden, ja die Consolidation ganz ausbleiben kann.

Kraske (Halle a/S.).

Rydygier. Eine neue Methode zur Behandlung von Pseudarthrosen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 27 u. 28.)

R. macht den Vorschlag, bei hartnäckigen Pseudarthrosen nach Durchtrennung der Weichtheile bis auf das Periost dieses in zwei möglichst grossen Lappen sowohl von dem oberen, wie dem unteren Knochenende abzulösen, so dass die Basis dieser Lappen an den Bruchenden liegt; nun klappt er die Lappen nach unten und oben um und dreht sie zugleich um ihre Axe, so dass die inneren Flächen des Periostes nach innen über die Pseudarthrose zu liegen kommen. Die Nachbehandlung bestand im Lister'schen Verbande. R. wandte diese Methode bei einer äusserst hartnäckigen Pseudarthrose der Tibia und Fibula, die allen andern Behandlungsweisen getrotzt hatte, mit gutem Erfolge an; die abnorme Beweglichkeit war nach dem 2. Verbande verschwunden; dasselbe günstige Resultat gaben Thierversuche. Als Hauptvorzug seiner Methode führt R. an, dass keine Verkürzung der Extremität einträte, wie dies bei der Diaphysenresection der Bruchenden der Fall sei. (Vergl. auch das Verfahren von v. Nussbaum, Aerztl. Intelligenzblatt 1875, No. 8. Centralbl. für Chir. 1875, p. 235. Red.)

Urlichs (Würzburg).

C. Hueter. Ein chirurgischer Beitrag zur ätiologischen Lehre der Entzündung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. IX. Hft. 5 u. 6.)

Im Wesentlichen eine Kritik der Entzündungslehre Cohnheim's. Während Cohnheim mehr auf die Erscheinungen der Entzündung Gewicht legt, will H., dass die Aetiologie genauer berücksichtigt werde, und dass die von Cohnheim angegebenen Ursachen der Entzündung, wie Verbrühung, Erfrierung, Aetzung etc. nur als Anlässe

(causae remotae) zur Entzündung aufzufassen seien, während als causa proxima der Entzündung die Spaltpilze angesehen werden müssen. —

Was die Ausdehnung des Begriffes »Entzündung« anbelangt, so betont H., dass es Gewebsreizungen mit einfacher Gewebshyperplasie ohne Eiterungsgefahr gäbe, wie die primär verheilten Wunden, der Knochencallus, die Epidermiswucherung an der Ferse, welche, entgegen Cohnheim's Vorstellungen, gleichwie die einfachen Stasen, noch nicht zu den echten Entzündungen gerechnet werden dürfen. —

Ganz besonders hebt H. hervor, dass wir nach unseren vorläufigen, geringen Kenntnissen noch nicht berechtigt seien, die Vorstellungen Cohnheim's zu acceptiren, dass die Diphtheritis-Pilze specifischer Natur seien, und strenge z. B. von denen des Pockengiftes oder der Gangrän gesondert werden müssen. H. weist einerseits darauf hin, dass Fäulnissbacterien Diphtheritis erzeugen können, und dass auch ein und dieselben Bacterien nach der Verschiedenheit ihrer Lebensbedingungen, nach der chemischen Zusammensetzung des Nährbodens etc. verschiedene Krankheitsbilder hervorzurufen im Stande sein werden. —

Die übrigen Details siehe im Original. **Wölfler** (Wien).

Faraoni. Tayuya contra la sifilide e la scrofola.

(Milano 1878.)

Auf Grund von 6 an Thieren angestellten Versuchen schliesst F.: 1) die Tinctur von Tayuya enthält 2 giftige Substanzen, wahrscheinlich ein Glucosid und ein Harz; 2) beide gehören wahrscheinlich zu den scharfen, lähmenden Narcoticis. — Es folgen 28 (meist eigene) Krankengeschichten von syphilitischen, 30 von scrophulösen Patienten, die die Wirksamkeit der Tinctur illustriren sollen, darauf Auszüge aus Fachblättern, die pro und contra sprechen. Eine Tabelle enthält die sämmtlichen F. bekannten Fälle verzeichnet; es finden sich 109 von Syphilis und 50 von Scrophulose. Von diesen sind — aber ohne Unterscheidung nach der Krankheit — 111 als geheilt, 26 als gebessert verzeichnet, bei 17 wurde die Behandlung geändert. — Das Schlusswort enthält nur Polemik, das Ganze riecht nach Reclame für die Tinctur, die Eigenthum der Brüder Ubicini in Pavia ist.

Escher (Triest).

Möllendorf. Sublimatbäder in Zinkwannen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 21.)

M. warnt vor dem Gebrauche von Zinkwannen bei Bädern von Quecksilberchlorid-Chlornatriumlösung, da in diesem Falle das Quecksilber durch Electrolyse regulinisch rapide ausgefällt wird.

Urlichs (Würzburg).

Hedinger. Eine neue Batterie für Galvanokaustik.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 22.)

H. empfiehlt eine Batterie für Galvanokaustik, bei der die wirksame Oberfläche der Kohle mehr als zweimal so gross ist, als die des

Zinks; als Flüssigkeit wird die Bunsen'sche Mischung von doppeltchromsaurem Kali mit Schwefelsäure und Wasser gebraucht. Die Batterie besteht aus 6 grossen Zinkkohlenelementen mit Senk- und Hebevorrichtung, Strommesser, Umschalter und Stromregulator. Als Vorzüge des Apparates führt H. an: selten nöthige Füllung, Möglichkeit, jeden Augenblick ohne Vorbereitung zu operiren, keine Säuredämpfe, grosse Stärke und lange Constanz, endlich leichte Handhabung und keine zu häufig nothwendige Reparatur. Bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden.

Urlichs (Würzburg).

O. Völker. Stenose des Kehlkopfes nach Tracheotomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. IX. p. 449.)

Verf. beobachtete bei der Obduction eines Kindes, an dem vor 1/4 Jahre die Tracheotomie gemacht wurde, in der Luftröhre eine Granulationsklappe, welche vom oberen, vorderen Winkel der Fistel ausgehend an die hintere Wand der Luftröhre sich anlegte, und dadurch vollständigen Verschluss des Lumens bei der Exspiration bewirkte.

Die Entstehungsart dieser Klappe erklärt V. durch die Form der gewöhnlichen Trousseau'schen Kanüle, da dieselbe den oberen, inneren Winkel der Operationswunde druckfrei lässt. —

Es erscheint deshalb in therapeutischer Hinsicht zweckmässig, dass an einer solchen Kanüle, wenn sie längere Zeit in der Luftröhre liegen bleiben muss, eine Vorrichtung angebracht werde, welche auf den druckfreien Punkt (das Dreieck über der Convexität der Kanüle) einen entsprechenden Druck ausübt. —

Wölfler (Wien).

Marion Sims. On cholecystotomy in dropsy of the gall-bladder.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 811.)

Aus der ausführlichen Krankengeschichte der 45jährigen Frau heben wir hervor, dass dieselbe vor 7 Monaten ikterisch wurde. Im weiteren Verlaufe stellten sich neben unerträglichem Hautjucken die heftigsten, Ruhe und Appetit raubenden Hyperästhesieen der Haut ein. Vor 3 Monaten erschien in dem rechten Hypochondrium ein schnell wachsender, fluctuirender Tumor, aus welchem durch Aspiration 32 Unzen dunkelbrauner Flüssigkeit entleert wurden. Hakenkränze und Gallenfarbstoff fehlten darin; sogleich liessen die heftigen Hauthyperästhesieen nach. Pat. konnte schlafen, es trat volle Euphorie ein; aber schon nach 2 Tagen begannen die früheren Leiden wieder, um bald zur früheren Heftigkeit anzuwachsen. Da Ohnmach-

ten mit den heftigsten Schmerzanfällen wechselten, da Erbrechen, Singultus, Tympanitis sich einstellten und ebenso ein bis in die rechte Lumbargegend ausstrahlender Schulterschmerz, und da Pariser Autoritäten durch medicamentöse Behandlung keine Besserung erzielt hatten, so beschloss S. mit Rücksicht auf die gute Wirkung der Aspiration, den Tumor zu entleeren und im Nothfalle eine Fistel zu bilden. Unter antiseptischen Cautelen eröffnete S. 3" rechts von der Linea alba parallel derselben, etwa in der Höhe des Nabels, das Abdomen, entfernte aus der sichtbar gewordenen Cyste 24 Unzen dunkelbraun gefärbter Flüssigkeit. Da die Untersuchung die erkrankte Blase als Gallenblase sichergestellt hatte, wurde dieselbe etwas verkleinert und in die Bauchwunde sorgfältig eingenäht. Aus ihr wurden nun 66 Gallensteine herausgeholt; volle Euphorie nach der Operation. Aber am 4. Tage stellte sich etwas Fieber ein, am folgenden erfolgten Blutungen aus dem Zahnfleisch und der Zunge, später auch aus der Operationswunde (Ergotin und Ferr. dialysat.); weiterhin kam Erbrechen schwärzlicher Massen, die Kräfte liessen schnell nach und Pat. starb 8 Tage nach der Operation.

Section: Gallenblase gut in der Wunde eingeheilt, keine Spur von Peritonitis; in der Gallenblase lagen 16 abgesackte Gallensteine, der Magen enthielt bluthaltige Massen, dabei die Schleimhaut desselben wie die der Dünndärme normal, nur sehr blass; Gallengänge der Leber erweitert. Die genauere Untersuchung ergab: die Gallensteine bestehen aus Cholestearin, die Mucosa der Gallenblase ist in Granulationsgewebe umgeändert, die Gallenblase selbst sehr verdickt. Der bei der Operation entleerte braune Inhalt der Gallenblase enthielt keine Spur von Gallenfarbstoff.

S. hält die Operation nicht nur für gerechtfertigt, sondern durchaus für geboten für ähnliche Fälle, ferner bei Anwesenheit von Gallsteinen, um dieselben unter antiseptischen Cautelen zu entfernen, natürlich mit nachfolgender Naht der Blase — wie bei der Darmnaht. S. wirft die Frage auf, ob die Laparotomie nicht auch für Leberabscesse, selbst pyämische, in Frage kommen könne; natürlich müsse man früh operiren und nicht erst bei voller Erschöpfung des Pat. Schliesslich meint S., dass das Jucken und die Hyperästhesie nicht auf die Anwesenheit des Gallenfarbstoffes im Blute zurückgeführt werden dürfe, sondern mehr als Reflexaction von Seiten der verschlossenen Gallenwege anzusehen sei. **Pils** (Stettin).

Wallace Blanchard. A new apparatus for Pott's disease of the cervical vertebrae.

(The Chicago medical Journ. and Examin. 1878. April.)

B. betont, dass bei der Spondylitis nur die Wirbelkörper erkrankt sind, während die Proc. transversi allemal intact bleiben. Die Dichtigkeit ihrer Structur macht sie fähig als ein Fulcrum zu dienen, auf

welches das Gewicht des Kopfes von den erweichten Körpern ab, hinaufgewälzt werden kann.

Sayre's »Jury-Mast« erreicht diesen Zweck nur unvollkommen, da er den Kopf nur in die Höhe zieht, und ausserdem durch seine Auffälligkeit und die durch ihn bedingte Unreinlichkeit recht inconvenient wird. B. wendet deswegen folgenden in der That verbesserten Apparat an. Zunächst stellt er aus Gyps eine plastische Copie des erkrankten Rückens her und formt über dieser aus nassem Leder, welches mit Stricken fest darum gebunden wird, das Hintertheil eines Kürasses. Dieses geht nun nach vorne in 2 über Brust und Leib zusammenzuschnürende weiche Lederstücke über. Hintendrauf wird eine sporenförmige Stahlschiene derart befestigt, dass die beiden nach abwärts ragenden Aeste zu beiden Seiten der Wirbelsäule liegen, während der das Rad tragende Theil sich am Hinterkopf in die Höhe streckt. Die unteren Aeste sind in festangebrachten Stahlhülsen auf und ab verschiebbar und zu befestigen und an Stelle des Rades oben findet sich eine Metallöse, durch welche das Stirnband verläuft. Da, wo sich das obere Schienenstück in die beiden unteren inserirt, machen die Theile eine Biegung in den Hinterkopfsraum hinein und sind hier mit einer querlänglichen Stahlpelotte — dem Fulcrum — besetzt. Ueber die Schultern verlaufende Riemen verhindern ein Herabsinken der Bandage. Der Apparat tritt in Thätigkeit dadurch, dass vermittelst der angezogenen Stirnbinde der sonst auf der Brust ruhende Kopf gewissermassen nach hinten und oben gehebelt wird.

Zur Illustration des Gesagten dient eine Abbildung, sowie auch die Anführung von 3 in schnelle Genesung endenden Krankengeschichten.

Langenbuch (Berlin).

M. Délore. Torticollis postérieur et de son traitement par le redressement forcé et le bandage silicaté.

(Gaz. hebdom. 1878. No. 11 u. 12.)

Um den Torticollis rationell zu behandeln, muss man nach D. verschiedene Varietäten unterscheiden, darunter eine, welche bisher nicht die gebührende nosologische Würdigung gefunden habe, und welche durch permanente Contraction der hinteren Nackenmuskeln verursacht sei. D. hält diese Varietät für die häufigst vorkommende; er beobachtete sie unter 22 Fällen 18 Mal.

Zuweilen ist es schwer, zwischen Tortic. muscular. und Tortic. articul. zu unterscheiden, da z. B. die Erkältung in gleicher Weise auf Muskel und auf Gelenke einwirken könne: die in Folge dessen eintretende Starre könnte dann ebenso gut dem einen wie dem anderen dieser beiden Organe der Bewegung zugeschrieben werden. Als ätiologische Momente nennt D. einerseits Erkältung und Trauma als direct auf die Muskeln einwirkende Ursachen; andererseits kann die Retraction der Muskeln durch Propagation der Entzündung nahe liegender Theile entstehen, und zwar kann die primäre Ursache sein:

1. Angina; 2. rheumatische Arthritis der Wirbelgelenke (sehr häufig!) nach D.; 3. Entzündung der Nackenlymphdrüsen; 4. Blutegelstiche seitlich am Halse; 5) ein Vesicatoir, eine Verbrennung, ein Anthrax; 6) Osteo-periostitis des Occiput.

Symptome: Ist eines der hinteren Muskelbündel contrahirt (Torticollis posterior), so erscheint dieselbe aborme Kopfhaltung, wie sie der Musc. sterno-cleido-mast. derselben Seite verursacht. Dabei ist letzterer Muskel im Zustande habitueller Erschlaffung.

Indem Verf. nun die Ursachen der Deviation bei Tortic. erörtert, hebt er hervor, dass die Begriffe Torticollis und Retraction des Musc. sterno-cleido-mast. so associirt seien, dass sie unzertrennbar scheinen. Verf. erhebt sich gegen die Allgemeingültigkeit dieser Anschauung. Er giebt zwar die Retraction des Musc. sterno-cleido-mast. als Ursache des Torticollis zu (ca. 1 Mal in 10 Fällen), schildert aber eingehend die Fähigkeit der hinteren Nackenmuskeln, dieselbe Deviation herbeiführen zu können. Hierfür citirt Verf. die erste seiner (später) mitgetheilten Beobachtungen, wobei in Folge eines Trauma's die oberen Faserlagen des Musc. trapez. sin. an der Occipitalinsertion narbig geschrumpft waren. Hier war also einzig der Musc. trapez. die Ursache der stärksten Deviation des Kopfes, die Verf. überhaupt zu beobachten Gelegenheit hatte.

In gleicher Weise können die anderen Muskeln des Nackens (Mm. splenii, Mm. intertransversales, Mm. longi colli und scaleni) den Torticollis erzeugen, und sie treten wohl wahrscheinlich zuerst in Action, wenn das Leiden mit einer Angina oder Arthritis cervic. beginnt.

Behandlung: Verf. bespricht erst die Anwendung von Apparaten, und findet sie für mässige Grade des Torticollis ganz geeignet; doch müsse zugestanden werden, dass wohl nicht durch sie, sondern durch die Hand des Chirurgen das Redressement bewerkstelligt werde; zum Festhalten der neuen Stellung aber seien die Apparate dann ganz am Platze.

Verf. bekennt sich sodann als Gegner der Myotenotomie und Myotomie. Schon aus dem Umstande, dass dabei bekanntlich selbst das beste Tenotom stets nur schlecht schneide, sei zu ersehen, dass der Muskel, trotz der forcirten Stellung des Kopfes, nie recht gespannt ist. Heilungen seien daher selten und nur schwer zu erreichen gewesen. Verf. selbst hat ohne Tenotomie mit seinem Verfahren 16 complete Heilungen von Torticollis erzielt. Dasselbe wird folgendermassen beschrieben:

Der Patient, vollständig narkotisirt, sitzt auf einem niedrigen Stuhle; 2 Gehilfen, ebenso sitzend, fassen Jeder einen Arm desselben, den sie vertical abwärts halten. Der Operateur fasst den Kopf des Patienten, und macht langsam und allmälig damit Drehbewegungen und Neigungen in der zur krankhaften Stellung entgegengesetzten Richtung. Allmälig geht so das Redressement vor sich; man geht dabei selbst über die gerade Stellung hinaus; hie und da hört

man Knacken vom Einreissen fibröser Stränge; die gekrümmte Halswirbelsäule richtet sich von selbst gerade, und in 5—10 Minuten ist das Redressement völlig beendet.

Gleich darauf applicirt D. einen Wasserglasverband, der Brust, Hals und Kopf — das Gesicht ausgenommen — umschliesst. Wattepolsterung schützt die genannten Körpertheile vor Druck. Um dem Verbande mehr Festigkeit zu geben, werden noch 4 in Wasserglas getränkte Pappschienen hinten und an den Seiten angelegt. Bis zur völligen Trocknung wird das Ganze durch einige Cirkeltouren von Eisendraht immobilisirt.

Die Kinder befinden sich, gegen alle Erwartung, in diesem Verbande ganz wohl. — Nähere Daten bezüglich des Verbandes s. im Originalaufsatze.

Dieser Verband bleibt meist ca. 1 Monat liegen. Hat man bei der Abnahme des Verbandes dann noch etwa Zweifel über die definitive Heilung, so möge sofort ein Stützapparat angelegt und noch durch einige Zeit getragen werden.

Verf. theilt dann ausführlich 12 Fälle von Torticollis mit, welche er mittelst der obigen Methode der Massage behandelt hatte. 8 Figuren, nach den photographischen Aufnahmen vor, während und nach der Behandlung gezeichnet, sind beigegeben, und stellen einige darunter, allerdings sehr hochgradige Deviationen des Kopfes dar. Wir verweisen bezüglich des Details dieser Fälle auf die Originalarbeit, und schliessen mit den nachstehenden Hauptfolgerungen aus des Verf. Arbeit:

1. Der Torticollis entsteht in der Mehrzahl der Fälle in Folge einer permanenten Retraction der hinteren Halsmuskeln.

2. In allen Fällen, die Verf. oben angeführt, ward die Heilung ohne Tenotomie erzielt, durch progressive, ungefährliche, manuelle Manöver (Massage).

3. Der Wasserglasverband erfüllt besser als jeder andere Apparat den Zweck der absoluten Immobilisirung, welche nach einem forcirten Redressement so wichtig ist. **Fr. Steiner** (Wien).

H. C. Cameron. Fracture of the lower extremity of the fibula (Pott).

(The Glasgow med. Journal Vol. X. No. 4. 1878. April.)

Nach Verf. haben die Brüche des unteren Radiusendes grosse Aehnlichkeit mit denen, welche sich 2—3 Zoll über dem unteren Ende der Fibula finden. Auch diese letzteren entstehen meist durch indirecte Gewalt, wobei zuweilen auch der Malleolus internus abreissen kann. Die Dislocation des Fusses ist die bekannte charakteristische, entsteht aber oft nicht gleichzeitig, sondern erst nach der Fractur, wenn noch ein zweites Trauma auf den gebrochenen Knochen einwirkt.

Bei der Behandlung sucht Verf. durch vordere und seitliche Schienen den Fuss in normaler, zweckmässiger Stellung zu erhalten.

A. Bidder (Mannheim).

Abel (Stettin). Der Bruch des Sustentaculum tali. Ein Beitrag zur Lehre von den Fracturen des Fersenbeins.

(Arch. für klin. Chir. 1878. Bd. XXII. Hft. 2.)

Veranlasst durch drei von ihm beobachtete Fracturen des Sustentaculum tali giebt Verf. eine äusserst sorgfältige Darstellung aller Verhältnisse dieses ungemein seltenen Knochenbruches. — In dem 1. Falle war ein Soldat von einem durchgehenden Pferde gesprungen und war mit dem linken Fusse in forcirter Supinationsstellung umgeknickt. Der Fuss war in Valgusstellung, das Fussgelenk durch eine penetrirende, scharfwandige Wunde weit eröffnet. Es wurde eine Fractur resp. Infraction der Fibula angenommen. Der Pat. ging am 15. Tage an Septikämie zu Grunde. Bei der Section zeigte sich das Sustentaculum tali vollständig vom Körper des Calcaneus abgesprengt, etwas nach unten gesenkt. Im 2. Falle wurde bei einem Rekruten die Diagnose auf diese Fractur aus folgenden Symptomen gestellt: Er war vor 3 Jahren beim Turnen mit dem Fusse umgeknickt, 7 Wochen zum Gehen unfähig gewesen. Bei der Untersuchung stand der linke Fuss in einer Art Valgusstellung, doch so, dass der Fuss mit dem inneren Rande und weit in die Sohle hinein nicht auftrat. Der innere Knochen war normal, das unter ihm liegende Sustentaculum tali mindestens von doppelter Dicke, als am gesunden rechten Fusse, auf Druck empfindlich, der Umfang des Fussgelenks war normal. Der 3. Fall betraf einen Soldaten, der sich so mit dem Pferde überschlagen hatte, dass der linke Fuss unter das Pferd zu liegen kam. Als er sich aufzurichten versuchte, ging der Fuss unter deutlichem Knarren aus der Varusstellung in die Valgusstellung über. 10 Wochen nach der Verletzung untersuchte A. den Patienten: Der innere Fussrand erschien nach unten und aussen gleichsam aufgerollt, der äussere Fussrand etwas gehoben (scheinbare Valgusstellung). Der Tarsus war am kranken linken Fusse um 1,2 cm verbreitert. Während die Extension und Flexion passiv fast normal erschienen, waren Pronation und Supination ebenso wie Ab- und Adduction activ gar nicht, passiv sehr mangelhaft ausführbar. —

Maas (Freiburg i/Br.).

Risel. Drei Fälle von Amputatio sub talo bei zwei Kranken.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 27 u. 28.)

Beide Kranke hatten sich eine Erfrierung der Füsse zugezogen, die Weichtheile der Sohle und die des Fussrückens bis zum Metatarsus waren gangränös zu Grunde gegangen, an einem Fusse bis

zum Gelenke, so dass hier die Unterschenkelamputation nöthig war. Bei den drei übrigen Füssen machte R. die Amputatio sub talo, indem er die erhaltenen Weichtheile des Fussrückens sammt den Sehnen der Extensoren nach unten und hinten umschlug und damit den Talus genügend decken konnte; in einem Falle musste zu diesem Zweck ein Theil des Talus abgesägt werden. Das functionelle Resultat war ein vorzügliches, indem passive und active Beweglichkeit im Fussgelenke bestehen blieb, so dass den Kranken eine Art wirklichen Schreitens ermöglicht war, was R. besonders im Gegensatze zu den Erfolgen der Pirogoff'schen Operation hervorhebt, bei der das Gehen immer ein Stampfen bleibe.

Urlichs (Würzburg).

Kleinere Mittheilungen.

J. Whitmire. The use of carbolic acid by subcutaneous injection, in the treatment of Erysipelas.

(The Chicago med. Journ. and Exam. 1878. März.)

Verf., welchem Hüter's schon im Jahre 1874 publicirte Empfehlung der subcutanen Carbolinjectionen unbekannt geblieben zu sein scheint, will die Anregung zu seinen Versuchen einer »einfachen Notiz« (simple paragraph) in »einem der medicinischen Journale« zu verdanken haben. Er verwendet in Glycerin gelöste Carbolsäure zu den Injectionen und applicirt dieselben an einem Dutzend und mehr Punkten sowohl in der Peripherie als in das erysipelatöse Gewebe hinein. Letzteres wird ausserdem noch mit einer Lösung von Jod in Ricinusöl bepinselt, sowie auch jedesmal für den inneren Gebrauch Chinin mit Kali chlor. und Opium verordnet. Nach dieser Methode sind 30 Fälle, von denen 3 genauer skizzirt werden, hinter einander mit vollkommenem Erfolg behandelt worden. Früh in diese Behandlung gelangende Fälle sollen meistens zum abortiven Verlauf gebracht werden.

Langenbuch (Berlin).

M. Ciani. Su un caso di mixoma migrante.

(Nuovo Giorn. internaz. d. sc. med. A. I. Fasc. 5 [Napoli].)

Eine 38jährige Frau hatte seit 3 Jahren eine hühnereigrosse glatte, rundliche, intraabdominale Geschwulst in der rechten Iliacalgegend, deren unbewegliche Basis in der Tiefe des Beckens war. In weitern 7 Jahren wuchs der Tumor, comprimirte die Vv. iliacae, Blase und Rectum und führte Pat. wegen der grossen Störungen, die er verursachte, in C.'s Behandlung. Während dieser Cur zeigte sich ein kleiner Tumor in der rechten Glutealgegend, hart an der Incis. ischiadica: er wuchs constant, und in gleichem Maasse nahmen die Beschwerden der Urin- und Kothentleerung ab; als der Tumor die Grösse einer Orange erreicht hatte, war vom intraabdominalen Tumor nichts mehr zu fühlen. Pat. hielt sich nun für geheilt, aber nach 1 Jahr fiel sie auf den Steiss und sofort war der Abdominaltumor mit allen Beschwerden wieder da. Später zeigte sich, dass von der Vagina aus der Tumor erreichbar war, und es gelang C., denselben wieder aus der Beckenhöhle unter die Glutealhaut hinauszuschieben. Nach weitern 3 Monaten Exstirpation des Tumors, der sich als ein Gemenge von Myxofibrom und Myxolipom zeigte. Dauernde Heilung. C. glaubt, der durch Harn- und Kothverhaltung gesteigerte, intraabdominelle Druck sei im Stande gewesen, den nachgiebigen Tumor durch die Incis. ischiadica hinauszuschieben, gerade wie eine Hernia ischiadica.

Escher (Triest).

Servier. Note sur un cas de mort subite, survenue à l'occasion de la ponction d'un abscès.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 13.)

Ein 23jähriger Soldat, der wegen einer chronischen Bronchitis ins Spital aufgenommen worden war, beklagte sich eines Tages daselbst über Schmerzen im linken Knie und Unterschenkel. Eine allmälig sich heranbildende Phlegmone im oberen Drittel des Unterschenkels endete mit Abscessbildung. Incision und Entleerung des Eiters. — Einige Tage darnach bekamen die Incisionswundränder das üble Aussehen wie bei Nosocomialgangrän; es trat ein von den Wundrändern ausgehendes Erysipel auf, das sich in schleppendem Verlaufe über die ganze linke untere Extremität verbreitete. — In den nächsten Tagen nahm die Wunde ein immer übleres Ansehen an, die ganze linke untere Extremität wurde ödematös; Pat. sehr abgemagert, übrigens keine Fröste, wohl aber atypisch wiederkehrende Fieberanfälle. Die Auscultation ergab das Vorhandensein einer Caverne an der rechten Lungenspitze, und sonstige Anzeichen einer vorgeschrittenen Phthise; das letale Ende konnte daher nicht lange ausbleiben.

An der äusseren Seite des Unterschenkels hatte sich neuerdings ein Abscess gebildet, dessen Inhalt 2 Mal im Verlaufe von 8 Tagen mit dem Dieulafoy'schen Aspirateur extrahirt wurde. Eine Woche nach der 2. Punction sollte die Eiterextraction zum 3. Male gemacht werden. Kaum war jedoch die Nadel in den Abscess eingesenkt, als Pat. unter einigen convulsivischen Armbewegungen und ein Paar Mal aufseufzend, plötzlich starb. Alle Wiederbelebungsversuche erfolglos.

Die Nekroskopie ergab: Osteo-Periostitis in der oberen Partie des linken Unterschenkels und in der unteren des linken Oberschenkels, mit ausgedehnten Eiteransammlungen um den Knochen herum. Der wiederholt punctirte oberflächliche Abscess hatte keine Communication mit der Eiterung in der Tiefe.

In den Lungen käsige Pneumonie, grosse Caverne rechterseits an der Spitze und viele zerstreut liegende, käsige Herde. Der Schädel durfte nicht eröffnet werden. Das Herz in Systole, kaum einige Tropfen Blutes enthaltend; kein Thrombus; die Wände des rechten Ventrikels zart, die des linken Ventrikels sehr dick, mit reichlicher Fettablagerung.

Die mikroskopische Untersuchung des Herzfleisches schloss aber jede Spur von fettiger Degeneration desselben aus, so dass auch hierin keine Erklärung des plötzlich eingetretenen Endes gegeben war. **Fr. Steiner** (Wien).

Leared. Oculo-motor paralysis and atrophy of the optic disc, probably due to syphilitic growth.

(Medical times and gaz. 1878. April 13.)

28jährige, verheirathete Frau, früher syphilitisch inficirt, seit 2 Jahren keine specifischen Symptome. Vor 10 Tagen lancinirende Schmerzen im linken Auge, um die linke Orbita und die linke Fossa temporalis; etwas später begann die Oberlippe zu schwellen; dann Aufhören des Schmerzes, aber complete Ptosis und plötzliche Anfälle von Schwachsichtigkeit. Es fand sich bei der Aufnahme complete Ptosis links und vollständige Fixation des linken Augapfels; linke Pupille reagirt nur träge, ebenso weit als die rechte. Der ganze Bulbus atrophisch, hochgradigste Amblyopie. Unter sofort eingeleiteter energischer, antisyphilitischer Behandlung zuerst Besserung der Ptosis; dann kehrten die Bewegungen des Augapfels zurück und die der Pupille; doch blieb die fast vollständige Amaurose und die Atrophie des Bulbus zurück. Leichte Röthung des rechten Auges. — Verf. glaubt, dass es sich um die rapide Entwickelung einer gummösen Neubildung, die den II., III., IV. und VI. Gehirnnerven betraf, gehandelt hat. **H. Wildt** (Berlin).

B. Bramwell. Enlargement of the liver and spleen in congenital syphilis.

(Med. tim. and gaz. 1877. Dec. 22.)

Verf. theilt einen Fall von angeborener Syphilis mit, charakterisirt durch Einsinken der Nase, Narbe am Mundwinkel und specifische Zähne, in welchem eine starke, allgemeine, ziemlich schmerzlose Anschwellung von Leber und Milz bestand; beide Organe zeigten sich bei der Palpation glatt. Die Anschwellung ging im Verlaufe der Behandlung etwas zurück, das Allgemeinbefinden war immer gut, namentlich fehlten Albuminurie und Diarrhöen, so dass Verf. amyloide Degeneration ausschliessen zu dürfen glaubt. Er schliesst sich Hutchinson an, welcher glaubt, dass es sich in solchen Fällen nicht etwa um Gummiknotenbildung, sondern um einfache Hyperämie, vielleicht auf nervöser Basis handle, die einer völligen Rückbildung fähig ist. **H. Wildt** (Berlin).

Bryant. Faecal umbilical fistula — ulceration of coecum — peritonitis, death.

(Medical times and gaz. 1878. April 27.)

13jähriger Knabe, mit Schmerzen in der Seite des Abdomen und Kothfistel am Nabel. Derselbe war immer schwächlich und kränklich gewesen und hatte viel über Leibschmerzen geklagt. Vor drei Wochen ein besonders heftiger Anfall, 8 Tage später Anschwellung des Nabels, die aufbrach, Eiter und Fäcalmassen entleerend. Drei Wochen später plötzlich auftretende allgemeine Peritonitis, welcher der Knabe erlag. — Die Section ergab eine Ulceration im Coecum, die den Darm perforirt hatte. Von dieser Stelle aus erstreckte sich eine Fistel bis zum Nabel. **H. Wildt** (Berlin).

S. Plummer. Double Ovariotomy.

(The Chicago med. Journ. and Exam. 1878. März.)

Die 48 Jahre alte Frau eines Arztes, welche 14 Kinder, darunter 2 Zwillingspaare, geboren hatte, — letzte Entbindung im Februar 1874 — litt an den Unregelmässigkeiten der climakterischen Menstruation. Januar 1875 gesellte sich eine hochgradige Cystitis hinzu, welche erst nach 2 Jahren wich und an deren Stelle wieder die Beschwerden profuser und fast continuirlicher Metrorhagien traten. Im April 1877 wurde eine schnell wachsende Geschwulst rechts in der Unterleibshöhle constatirt, welche schon im August bis zur Leber reichte. Im October stellten sich heftige Schmerzen in der linken Iliacalregion ein; doch liess sich Nichts Materielles nachweisen. Das Befinden der Kranken verschlimmerte sich bei den beständigen Blutverlusten, zu denen noch profuse Diarrhoen und vollkommener Appetitmangel hinzutraten, so sehr, dass P. auf die schleunige Vornahme einer Ovariotomie drang.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich, dass 2 dicht aneinander gepresste Ovarialtumoren verhanden waren. Einer von ihnen war in der Ausdehnung einer Handfläche an der Bauchwand adhärent, und der Inhalt beider eine mit Eiter gemischte Cystenflüssigkeit. Der eine Stiel wurde mit Atlee's Klammer versorgt, der andere unterbunden versenkt und eine Drainage des cul de sac in die Vagina hinzugefügt. Trotz nicht unbedeutender Entzündungserscheinungen genas die ohne antiseptische Cautelen behandelte Frau. Wie wenig septisch indessen auch das von ihr herrührende Wundsecret war, bewies die Thatsache, dass als der ärztliche Gatte beim Abnehmen der Klammer am neunten Tage sich durch die Berührung der eiternden Bauchwunde seiner Frau einen mit einer Nadel geritzten Finger daran inficirte, dieser sofort gangränös wurde und im Metacarpophalangealgelenk exarticulirt werden musste. **Langenbuch** (Berlin).

Fischer. Ein Beitrag zur Periorchitis chronischer Hämorrhagien.

(Pester med. chir. Presse 1878. Mai. No. 19 seq.)

Nach einer recht langathmigen Einleitung, welche aber durchaus nichts Neues bringt, kommt F. in No. 25 zu seinem Falle.

Ein 38 Jahr alter Kaufmann litt seit 4 Jahren ohne bekannte Ursache an einer schmerzhaften Schwellung seines linken Hoden. Nach Verlauf einiger Wochen nahm der Schmerz ab, die Geschwulst nicht. 1874 bedeutende Vergrösserung ohne Schmerzen, und bleibt dieses Wachsen bis F. den Kranken sah. Nun war die linke Scrotalhälfte zur Grösse eines Kindskopfes gewachsen. Vorne war die Geschwulst elastisch fluctuirend, sonst consistent, mit federkieldicken Venen durchzogen. Samenstrang verdickt, doch deutlich zu fühlen. Diagnose: Cystosarkom, Entfernung der Hoden, Nachblutung. Bei der Stillung der Blutung fand F., dass der Samenstrang selbst verdickt und geschwollen sei. Partielle Gangrän der Haut, Eiterung in der Inguinalgegend.

Die Untersuchung der Geschwulst ergab den verkümmerten Hoden und Nebenhoden an der Hinterfläche eines Sackes liegend. Dieser Sack ist gefüllt mit einem chocoladeähnlichen Inhalt, seine Wand ist an mehreren Stellen 1,3 cm dick. Der Samenstrang endet blind in der Geschwulst. **Leisrink** (Hamburg).

L. Chavannes. Des complications accompagnant certaines hydrocéles extravaginales.

Inaug.-Diss., Basel 1878.

Im ersten Theile seiner Arbeit schildert Verf. einen äusserst interessanten Fall von complicirter Hydrocele, welcher in der chirurgischen Klinik zu Basel beobachtet wurde. Es handelte sich um einen 48jährigen Bauer aus Appenzell, dessen allerdings sehr ungenaue Aussagen annehmen lassen, dass er mit einer angebornen kleinen Hernie behaftet gewesen sei. Von ärztlicher Seite ist das aber nicht constatirt worden, da Pat. bis zum Jahre 1877 stets wohl gewesen sein will, und erst dann zum ersten Male einen Arzt consultirt hat. Das ist um so auffallender, als die Geschwulst schon vor längerer Zeit eine beträchtliche Grösse erlangt hatte, indem sie, als Pat. sich in seinem 34. Lebensjahre zum zweiten Male verheirathete und bald darauf Vater einer gesunden Tochter wurde, bereits bis zum Knie reichte. Als die Geschwulst noch viel grösser geworden war, wandte Pat. sich endlich im Januar 1877 an Dr. Tobler, welcher durch eine Punction eine grosse Menge klarer Flüssigkeit entleerte; zu grosser Erleichterung des Kranken folgten bis zum April noch 3 Punctionen, welche immer trübere und dickere Flüssigkeit lieferten. Im August entstand ein spontaner Aufbruch, welcher sich nach 14 Tagen wieder schloss. Pat. kam immer mehr herunter und wurde endlich am 3. Nov. 1877 in das Hospital aufgenommen. Die Messung der Geschwulst ergab, dass sie sich seit der Messung am Anfange des Jahres nur ganz unerheblich verkleinert hatte: Sie hatte

eine Länge von . . . . . 0,68 m
- Breite - . . . . . 0,57 -
einen Umfang - . . . . . 1,38 -

und wog zwischen 35 und 40 kg. Der mächtige Tumor erstreckt sich von der rechten Inguinalgegend bis fast an die Füsse (zwei Abbildungen erläutern das im Texte Gesagte) und ist von beträchtlich verdickter Haut bedeckt. Der Hode ist nicht zu finden. Die Percussion ergiebt im äusseren (lateralen) Drittheil des Tumors tympanitischen Schall, welcher sich durch die Inguinalgegend in die Bauchhöhle verfolgen lässt, während die inneren zwei Drittheile nebst dem untersten Abschnitte einen ganz leeren Schall ergeben, und deutliche Fluctuation zeigten. Alles weitere Detail mag hier übergangen werden. Nach dem Ergebnisse der Untersuchung musste man die Diagnose stellen, auf eine chronische Hydrocele complicirt mit einer Hernie, nebst chronischem Oedem und Hypertrophie der Scrotalhaut.

Pat. litt an grosser Schwäche; Diarrhöen und abendliches Fieber brachten ihn sehr herunter. Es wurde daher die Radicaloperation, zunächst der Hydrocele, beschlossen und von Prof. Socin am 17. Nov. ausgeführt. Durch weite Incision

wurde der grosse Sack eröffnet; da die starre und verdickte Wand mit der Haut so verwachsen war, dass sie sich nicht von einander trennen liessen, musste aus beiden zugleich ein grosses Stück excidirt werden; die ganze äussere Sackwand musste stehen bleiben, weil sie zugleich die innere Wand des Bruchsackes bildete. In derselben verlief das Vas deferens, während sich der rechte Hoden ganz am unteren Ende des grossen Sackes befand, aber nicht frei, sondern umgeben von der cystenartig ausgedehnten Tunica vaginalis propria; bei Incision in die letztere entleerte sich klares Serum und trat der Hoden frei zu Tage. Es war also erst jetzt durch die Operation klar geworden, dass die grosse Cyste durchaus nicht eine Hydrocele der Tunica vaginalis propria testis war. Das Innere der grossen Cyste war mit 1 cm dicken fibrinösen Niederschlägen bedeckt. Bei der Operation musste wegen zu starker venöser Blutung das Messer bald bei Seite gelegt, und zur Galvanokaustik übergegangen werden. Nach Deckung der Defecte und Drainirung wird ein antiseptischer Verband angelegt. (Die Hernie liess sich nicht reduciren.) Durch die Operation wurden $21^1/_2$ kg Flüssigkeit und fibrinöser Massen und mehr als $6^1/_2$ kg Haut und Cystenwand entfernt.

Am 19. Nov. starb Patient. Die Section ergab in Bezug auf den Tumor keinen näheren Aufschluss; nur liess sich constatiren, dass im Bruchsack fast der ganze Dünndarm lag, zum Theil adhärirend mit der verdickten Bruchsackwand, welche ausserdem die Zeichen frischer Peritonitis zeigte. Ferner frische doppelseitige Pleuresie und hämorrhagischer Infarct der linken Lunge; Hypertrophie der linken, Hydronephrose der rechten Niere etc. etc. — Auch die sorgfältigste Untersuchung bei der Autopsie konnte die Frage nicht entscheiden, ob hier eine grosse Hydrocele des Samenstranges oder ein alter, zur Cyste gewordener Bruchsack vorliege. Verf. ventilirt sorgfältig, was für die eine und was für die andere Annahme spreche.

Im zweiten Theile wird die Pathologie der Hydrocele im Allgemeinen besprochen, und unter Anführung einiger ähnlicher Fälle aus der Literatur hervorgehoben, dass der vorliegende bisher wahrscheinlich einzig in seiner Art sei.

A. Bidder (Mannheim).

Bryant. Ruptured quadriceps extensor tendon. — Guy's hospital.

(Medical times and gaz. 1878. April 6.)

42jähriger gesunder Arbeiter blieb vor 5 Wochen in der Dunkelheit beim Gehen auf der Eisenbahn mit dem Fusse hängen, fiel gegen einen Holzklotz und dann in ein 10 Fuss tiefes Loch. Unfähigkeit allein aufzustehen, ging mit Unterstützung eine Meile weit. Grosse Hautabschürfung am rechten Schienbein, Schmerzen im rechten Knie. Bei der Untersuchung lag die rechte untere Extremität gerade; sehr wenig druckempfindliche Anschwellung an der Innenseite des Knies, Schmerzen beim Beugen. Ueber der Kniescheibe befand sich eine Grube, die sich über das ganze untere Drittel des Oberschenkels ausdehnte, mit einer Erhöhung auf der Aussenseite, welche die Sehnenscheide des Muskels zu sein schien. In den oberen zwei Dritteln des Oberschenkels fand sich eine 7 Zoll lange, $1^1/_2$ Zoll breite Anschwellung, gebildet durch den retrahirten Rectus. Unfähigkeit activer Bewegungen im Kniegelenk. Pat. verliess nach drei Wochen das Spital; keine Veränderung in dem objectiven Befunde; doch ging Pat. besser, als bei der Aufnahme, beim Gehen drehte er den Fuss etwas nach auswärts und beugte das Knie nur sehr wenig.

H. Wildt (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 40. **Sonnabend, den 5. October.** **1878.**

V. Czerny. Beiträge zur operativen Chirurgie.

(Herrn Hofrath Prof. Dr. Th. Billroth in Wien zu seinem fünfundzwanzigjährigen-Doctor-Jubiläum gewidmet. Mit 2 lithogr. Tafeln und Holzschnitten.) Stuttgart, Ferd. Enke, 1878.

Das vorliegende vortreffliche Buch enthält 5 Aufsätze und zwar: I. Beiträge zur Radicaloperation der Hernien von Prof. Dr. V. Czerny; II. Beiträge zur Chirurgie des Schlundrohrs von Dr. H. Braun; III. Beiträge zu den Operationen am Magen von Dr. F. F. Kaiser; IV. Ueber die Plastik mit granulirenden Hautlappen von Professor Dr. V. Czerny; V. Beiträge zu der Statistik und den Endresultaten der Gelenkresectionen von Dr. W. Stark. — Es würde den Raum dieses Blattes weit überschreiten, wollten wir ein erschöpfendes Referat des Gesammtinhaltes des Werkes geben, wir können nur einzelne Hauptsachen hervorheben, müssen es aber dem Studium des Einzelnen überlassen, sich mit den Details des ausgezeichneten Buches vertraut zu machen.

I. V. Czerny, Beiträge zur Radicaloperation der Hernien. — C. beschreibt seine bereits früher mitgetheilte Methode der Radicalbehandlung der Hernien (cfr. Wiener med. Wochenschr. No. 21—24, 1877), welche unter antiseptischen Cautelen die Verödung des Bruchsacks und die Verengerung der Bruchpforte zu erzielen sucht. C. ist im Stande, weitere Erfahrungen über diese Operation zur allgemeinen Kenntniss zu bringen. Die Operationsmethode ist bereits an oben erwähnter Stelle beschrieben (vergl. auch Centralbl. für Chir. 1878, p. 120). Statt der früher angewandten, fortlaufenden, gekreuzten Miedernaht der Bruchpforte hat C. bei den letzten Operationen den Verschluss der Bruchpforte durch 3—4 isolirte Knopfnähte herbeigeführt. C. hält auch weiterhin vorläufig noch daran fest, dass seine Methode der Radicaloperation nur für solche Fälle indicirt ist, wo die Hernien nicht durch Bandagen zurückgehalten werden können. Statt Catgut hat C. zur Ligatur des Bruchsackhalses mit Vortheil schliesslich auch Seide angewandt, welche 10 Minuten lang in 5 % Carbolwasser gekocht und dann in 2 % Carbolwasser bis zum Gebrauche aufgehoben wurde. Im Ganzen hat C. die Radicaloperation in 9 Fällen gemacht, welche er ausführlicher mittheilt. Bei den ersten 4 Fällen fehlten jede Zeichen einer Peritonitis, in 3 Fällen, bei welchen der Bruchsack exstirpirt war, traten Abscesse am Scrotum auf, während der 2. Fall glatt verlief. Bei diesem hatte C. den Bruchsack zurückgelassen, ihn blos am Halse mit Catgut zugebunden, weshalb Verf. schon in seiner ersten Arbeit dafür plaidirte, den Bruchsack niemals zu exstirpiren, sondern ihn blos am Halse abzubinden und nachdem er mit Carbolsäure an der Innenfläche bestrichen ist, zu drainiren. Ob aber durch die Zurücklassung des Bruchsacks den Kranken nicht neue Gefahren (Cystenbildung z. B.) erwachsen, muss eine weitere Erfahrung erst ergeben.

Bei Kindern, die noch Koth und Urin unter sich gehen lassen, ausserdem beim Verbandwechsel pressen, schreien etc., ist der aseptische Verlauf und somit das endgültige Gelingen der Operation mit vielen Schwierigkeiten verbunden. Da die Brüche bei Kindern fast immer reponibel sind, so wird es meist möglich sein, den Bruchsackhals blosszulegen und zuzuschnüren, ohne dass vorher der Bruchsack und damit die Bruchhöhle eröffnet wird. In einem Falle operirte C. ein $1^1/_2$jähriges Kind beiderseits, nur auf einer Seite wurde ein Erfolg erzielt. Der 6. Fall betraf einen 70jährigen marastischen Greis, welcher ebenfalls erfolgreich von seinem durch ein Bruchband nicht zurückhaltbaren Bruch befreit wurde.

Die Radicaloperation bei eingeklemmten Brüchen durch nachfolgende Ligatur des Bruchsackhalses und Naht der Bruchpforte ist nach C. dann indicirt, wenn aus dem ganzen Verlauf der Operation hervorgeht, dass nach Lösung der Einklemmung keine Störungen in der Blut- und Koth-Circulation des Darmes zu erwarten sind. Wenn schon heftige Symptome von Entzündung und Stase vorhanden sind, wird man von dem Versuche der Radicaloperation lieber abstehen.

Von 5 eingeklemmten Brüchen wurden 4 mit Erfolg operirt, einer durch Taxis wieder hergestellt. Nur in einem Falle liess C. der Beseitigung der Einklemmung die Radicaloperation folgen; Heilung in 16 Tagen, Entlassung nach 20 Tagen; beim Stehen und Drängen war von einer Hernie keine Spur.

Von besonderem Interesse ist das Capitel von der Radicaloperation bei Gegenwart von Kothfisteln im Bruchsacke und Heilung der letzteren durch die Enteroraphie (cfr. Original). Wenn der rücklaufende Schenkel der eröffneten Darmschlinge sehr verengt oder ganz verschlossen ist, so dass die Dupuytren-sche Darmscheere gar nicht anwendbar ist und vielleicht auch in jenen Fällen, wo der Darm nicht direct nach aussen, sondern in andere Leibeshöhlen, z. B. in die Blase mündet, schlägt Verf. vor, unter antiseptischen Cautelen die Bauchhöhle zu eröffnen, die Darmschlinge von der Bauchwand abzulösen, die Oeffnung des Darmes zuzunähen und dann die Bauchwunde zu schliessen. Auf Grund zweier sehr lehrreicher geheilter Fälle (8 und 9) erscheint in der That dieser Vorschlag gerechtfertigt, sobald die gewöhnlichen Behandlungsmethoden im Stich lassen oder von Wiederaufbruch der Fistel gefolgt sind. Die Ausdehnung der Verwachsung ist besonders für die leichte oder schwere Ausführbarkeit der Operation massgebend. Ob die Fistel ihren Sitz im Dünndarm oder Dickdarm hat, lässt sich aus der Schnelligkeit des Kothaustritts nach der Nahrungsaufnahme und aus der Beschaffenheit des Darminhaltes mit einiger Wahrscheinlichkeit schliessen. Die mikroskopische Untersuchung von competenter Seite liess im zweiten Falle fälschlich auf Dickdarm schliessen. Am schlimmsten ist es, wenn sich Coecum im Bruchsacke vorfindet.

Ueberblickt man die mitgetheilten Radicaloperationen, so ergiebt sich, dass in längstens 3—4 Wochen die Heilung z. B. eines Leistenbruchs zu erzielen ist und zwar in den oben charakterisirten Fällen. — Die Mitte Mai, Anfang Juli, Ende Juli und Anfangs August operirten 4 Kranken sah C. Anfang November wieder. Bei allen 4 war der Befund noch wie bei der Entlassung. Allen 4 Kranken wurde noch fernerhin das Tragen eines Bruchbandes empfohlen.

II. H. Braun. Beiträge zur Chirurgie des Schlundrohrs (ibid., vergl. auch Czerny, Centralbl. für Chir. 1877, No. 28, p. 433). Br. theilt mit eine Resection des Oesophagus, Exstirpation einer Struma accessoria post., Exstirpation eines Lymphosarkoms der Tonsille und des weichen Gaumens mit temporärer Resection des Unterkiefers und eine Oesophagotomia interna. Sämmtliche Fälle kamen im Laufe des Sommersemesters 1877 in der chirurgischen Klinik zu Heidelberg zur Beobachtung. In den 3 ersten Fällen handelte es sich um verschiedene Geschwülste, von denen eine Neubildung in der Wand des Oesophagus selbst ihren Sitz hatte, während die anderen in der Nähe derselben gelegen waren, und mit dieser in naher Beziehung standen. In 2 Fällen wurde mit ausgezeichnetem Erfolge die Zugängigkeit zur vollständigen Exstirpation der Geschwülste gewonnen durch den bei der

Oesophagotomia externa gewöhnlich ausgeführten Schnitt längs des vorderen Randes des M. sternocleido-mastoideus, bei dem 3. durch temporäre Resection des Unterkiefers. Die 4. Mittheilung enthält Betrachtungen über die Oesophagotomia interna. —

Durch die erfolgreiche Resection des Oesophagus ist bewiesen, dass die Operation bei hochgelegenen Carcinomen ohne allzugrosse Lebensgefahr ausführbar ist und gute Resultate geben kann. 5 Monate nach der Operation war Pat. noch vollständig gesund, arbeitete wie früher auf dem Felde etc. Die Ernährung geschieht durch eine in die Oesophagusfistel eingesetzte Kanüle mit Trichter. Der Durchmesser des Canals beträgt 2 cm.

Die Communication nach oben war durch ein $1/2$ cm dickes Septum verschlossen. — Kein Recidiv. — Die Länge des exstirpirten Stücks des Oesophagus betrug (von der Uebergangsstelle in den Pharynx nach abwärts) 6 cm. — Bezüglich aller sonstigen interessanten Details, auch der anderen oben kurz erwähnten Fälle, muss auf das Original verwiesen werden.

Bezüglich der Oesophagotomia interna hebt Ref. nur hervor, dass nach B. dieselbe trotz möglicher Nebenverletzungen in der Reihe der Behandlungsmethoden von Narbenstricturen ihre Berechtigung hat, besonders bei tiefliegenden, nur einen kleinen Abschnitt des Oesophagus einnehmenden Stricturen, die vom Halse aus nicht mehr erreichbar sind. Die Operation ist auszuführen mit einem von unten nach oben schneidenden Instrument, dessen Klinge in einer genau zu bestimmenden Weise verschieden gestellt werden kann, indem man damit kleine Incisionen nach verschiedenen Seiten hin macht. —

III. F. F. Kaiser. — Beiträge zu den Operationen am Magen. — Auch aus dieser Arbeit können wir nur Folgendes hervorheben:

K. stellt zunächst 15 resp. 13 genügend festgestellte Fälle von Gastrotomien wegen Fremdkörper aus der Literatur zusammen. Je 5 Mal gaben verschluckte Messer resp. Gabeln Anlass zur Operation, 1 Mal ein Bleistück, 1 Mal ein Löffel und 1 Mal ein Katheter. Der Zeitraum vom Verschlucken derselben bis zur Entfernung durch die Operation wechselt von 3 Tagen bis zu $2^1/_2$ Jahren. Das Resultat ist in 11 Fällen Heilung und nur in 2 Fällen Tod, in einem wohl in Folge umschriebener Peritonitis. Die Fälle sind sehr verschieden, bald war die Magenwand an der Bauchwand adhärent, oder der Fremdkörper hatte dieselbe schon perforirt, Abscess veranlasst u. s. w. — Im Anschluss an diese Fälle von Gastrotomien giebt Verf. in chronologischer Reihenfolge (1849—1877) eine Uebersicht von 31 Fällen von Gastrotomien (23 Mal an Männern und 8 Mal an Weibern ausgeführt). Die Indication zur Operation wurde 26 Mal durch Carcinom, 2 Mal durch Syphilis, und 3 Mal durch Narbenstrictur des Oesophagus gegeben. Nur in 3 Fällen trat Heilung ein, 28 Mal der Tod, meist in Folge äusserster Erschöpfung, Inanition etc., nicht in Folge des operativen Eingriffs. —

Verf. hat sodann eine Reihe von Versuchen an Thieren angestellt und zwar: 5 Versuche mit ringförmiger oder ovaler Resection des Magens; 5 Versuche mit Exstirpation von Magen, Milz und einem Theil des Netzes; 5 Versuche betreffen die Exstirpation des Magens allein. Die Resultate waren folgende: die partielle Magenresection (Gastrektomia partialis) überstanden sämmtliche Versuchsthiere (3 Hunde und 1 Katze) mit Ausnahme eines Kaninchens. Von 5 Hunden, bei welchen Magen, Milz und Netz exstirpirt wurde Splenogastrektomie), lebte 1 Hund 21 Tage, die übrigen starben im Laufe der nächsten 2 Tage. Von 5 Versuchsthieren, bei welchen der Magen allein exstirpirt, lebt ein Hund jetzt noch (10 Monate nach der Operation), die übrigen gingen innerhalb 24 Stunden zu Grunde.

IV. Czerny. Ueber die Plastik mit granulirenden Hautlappen. C. theilt 3 Fälle mit, welche die Brauchbarkeit der Plastik mit granulirenden Hautlappen darthun, einer Methode, welche bekanntlich in neuerer Zeit, besonders von Thiersch und Billroth bei ihren Operationen der Blasenspalte zur Geltung gebracht worden ist.

Der erste Fall von C. betrifft die Heilung eines durchbohrenden Fusssohlengeschwürs durch Resection des kranken Knochens mit Bedeckung des Substanzverlustes durch einen Hautlappen der anderen Wade. 28 Tage nach der ersten Operation, d. h. am 28. Juli, wurde ein brückenförmiger querer Hautlappen von 9 cm Länge und 5 cm Breite in der gewöhnlichen Weise losgelöst und durch untergelegte Kautschukstreifen granuliren gelassen. Am 29. Juli wurde die untere Brücke des Lappens durchschnitten. Dann wurde jeder Fuss bis zur Mitte des Oberschenkels in der für die Vereinigung geeignetsten Stellung mit einem gefensterten Gipsverband versehen, darauf der den Zehen zunächst liegende Geschwürssaum angefrischt und mit dem ebenfalls angefrischten unteren Lappenrand durch 7 Seidennähte vereinigt, nachdem die beiden Gipsverbände durch eine kräftige Gipsbindenspange unbeweglich mit einander verbunden waren (cfr. Abbild.). Ein starker Holzstab, der in der Gegend der Kniekehlen ebenfalls an beiden Verbänden durch Gipsbinden befestigt wurde, verstärkte noch die Verbindung und diente zugleich, je nach dem Wunsche des Kranken, zur Suspension der Extremitäten. Auf den Lappen leichter Druckverband mit Carbolwatte. 14 Tage später wurde die Ernährungsbrücke des Lappens an der linken Wade ganz abgetrennt, nachdem sie schon in den 2 vorhergehenden Tagen durch seitliche Einschnitte verschmälert worden war. Dann Entfernung der Gipsverbände. Vollständige Heilung (ganz geringe Randgangrän) anfangs September, welche auch noch im Januar bei erneuter Vorstellung des Kranken constatirt wurde.

Die beiden anderen Fälle betreffen die Heilung eines varicösen Fussgeschwürs durch einen Lappen vom andern Unterschenkel und

den Verschluss des Scheideneinganges bei einem unheilbaren Blasendefect (cfr. Original). —

V. W. Stark. Beiträge zu der Statistik und den Endresultaten der Gelenkresectionen. Die Grundlage der Arbeit St.'s (cfr. die Details im Original) bilden sämmtliche Gelenkresectionen, die von Czerny in der Freiburger Klinik (1872—1876) ausgeführt worden sind.

Resection des Schultergelenks kam 4 Mal (1 Trauma, 3 Caries) vor (1 + Erysipel, 2 Jahre nach der Operation, Phthisis). Die functionellen Resultate sind bei den 3 jugendlichen Pat. als sehr gute zu betrachten. Fall 1 dient zum Beweis, dass, wenn nicht gleich Anfangs Neigung zum Schlottergelenk, sondern eher zur Ankylose vorhanden ist, die Gebrauchsfähigkeit — wird sie nur einigermassen benutzt — allmälig sich bessert — nicht verschlechtert. — Von den 10 Ellenbogenresectionen (9 Caries, 1 Synovitis granulosa; 8 nach Langenbeck, 2 nach Hueter) starb 1 und zwar hauptsächlich durch anderweitige Complicationen (Caries der Wirbelsäule mit consecutiver Erkrankung des Rückenmarks und Gehirns). Die Erfolge rubriciren sich der Zeit nach in 3 definitive Endresultate, und in 2 provisorische, in den übrigen 4 Fällen sind noch offene Fisteln vorhanden. Hinsichtlich der Bewegungsfähigkeit ergaben sich 7 activ bewegliche, 1 sehr beschränkt activ bewegliches Gelenk und 1 activ bewegliches Schlottergelenk.

Resection der Fingergelenke kam in sechs Fällen zur Ausführung, 4 sind in ihren Endresultaten näher bekannt (1 wegen einfacher, 1 wegen traumatischer Caries, 1 wegen Vereiterung des Gelenks nach Verletzung und 1 wegen veralteter Luxation). Die Dauer des Heilungsverlaufs betrug durchschnittlich 1 Monat. In einem Falle verlor sich die provisorische active Beweglichkeit allmälig vollständig. 2 Patienten besassen active Beweglichkeit am resecirten Gelenk. Der Gebrauch der Hand blieb in allen Fällen, selbst auch dann, wenn die Functionirung anderer Gelenke des fraglichen Fingers gelitten hatte, eine gute.

Von den 11 Hüftgelenksresectionen (wegen Coxitis mit consecutiver Caries; 5 nach v. Langenbeck'schem Längsschnitt, 4 Mal hinterer Bogenschnitt, 2 Mal atypische Schnittführung) starben 4 (1 Erysipel, 2 Pyämie und 1 Amyloiddegeneration). Bei den 7 genesenen Pat. (7—14 Jahre alt) war die active Beweglichkeit bei allen mehr oder weniger beschränkt. Durchgängig am besten restituirt war die Flexion. In sämmtlichen Fällen war die Function in soweit conservirt, dass das Gehen in der Maschine nebst anderweitiger Unterstützung ohne Beschwerden möglich war.

Von den 8 totalen Kniegelenksresectionen (bogenförmiger vorderer Schnitt (1 Mal atypisch) wegen Caries (7) und Synovitis granulosa (1) starben 6 (3 Pyämie, 1 Tuberkulose, 1 Erysipel, 1 Amyloidentartung), eine Mortalität, deren ausserordentliche Höhe ihre Erklärung vielleicht theilweise darin findet, dass die Hälfte

der Pat. das jugendliche Alter bereits überschritten hatten (23, 24, 24 Jahre alt). In den beiden übrigen Fällen ist das Resultat noch nicht definitiv. In einem Falle war nach $1^3/_4$ Jahren die Heilung noch nicht erzielt (passives Schlottergelenk, Verkürzung von 13 cm, trotzdem Gang in der Maschine und mittelst 4 cm hohen Absatzes sehr gut, zeitweises Aufbrechen von Fisteln). In dem anderen Falle war bei der letzten Untersuchung (8 Monate nach der Operation) noch keine Ankylose vorhanden, Pat. konnte im Stützapparat nebst 3 cm hohem Absatz ohne auffälliges Hinken am Stocke gehen.

Von 7 Fussgelenksresectionen starben 2, 1 musste nachträglich amputirt werden, 1 ist, nachdem mehr als 1 Jahr nach der Operation verflossen ist, ungeheilt, 1 wurde nach Ablauf von 4 Monaten vor definitiver Heilung entlassen, 1 war nach $^3/_4$ Jahren, 1 schon nach 6 Wochen hergestellt. Die Ergebnisse in den 4 genesenen Fällen sind noch nicht definitiv, bis jetzt ist in 2 Fällen das Gelenk »ziemlich unbeweglich«, in 1 »fast normal beweglich« und 1 »gering beweglich«. Ein Pat. geht gut mit Stock, 1 mit Maschine, 1 mit Krücke, 1 steht. — Ein näheres Eingehen auf die sonstigen interessanten Details der verdienstvollen Arbeit St.'s, besonders auch auf die angestellten Messungen, müssen wir uns leider versagen, dieselben müssen im Original nachgesehen werden.

H. Tillmanns (Leipzig).

C. Langenbuch. Ueber die geschwürige Freilegung von grossen Gefässstämmen und deren Behandlung mit Chlorzinkcharpie.

(Sammlung klin. Vorträge. No. 129.)

Bei der Lebensgefahr, welche hartnäckige, tiefgreifende Geschwüre an Stellen, wo grössere Gefässe in geringer Tiefe verlaufen, durch Zerstörung der Gefässwände und profuse Blutung darbieten, ist jeder Versuch einer Sicherung vor dieser Eventualität höchst dankenswerth, und daher auch die Mittheilung eines einzigen Falles von günstigem Verlauf unter neuer Behandlungsweise hinlänglich gerechtfertigt.

Angeregt durch König's Verwendung des Chlorzinks bei Hospitalbrand hat L. bei einem ausgebreiteten, tief gehenden, schankrösen Geschwür am Hals (ulcus rodens oder lupus exedens) durch Auflegen mehrerer Schichten von Charpiescheiben, die in concentrirte Chorzinklösung getaucht waren, und durch starkes Andrücken derselben mittelst Wattebäuschen sowohl die Gefahr der Gefässperforation vermieden, als auch eine rasche Umwandlung in eine gute Granulationsfläche erzielt. Der nähere Sachverhalt war folgender: Vena jug. und Art. carot. lagen deutlich als Halbcylinder im Grund des Geschwürs, arterieller Puls und respiratorische Excursionen der Vene waren gut sichtbar, Unterbindungen im Gesunden nicht mehr möglich. Anfänglich trat nach Application des obengenannten Verbandes intensive ödematöse Schwellung der

betreffenden Gesichtshälfte und 1—2 Tage lang Benommenheit bei dem 9jährigen Mädchen ein; nach etwa 8 Tagen fiel der Schorf ab, von Pulsation war nichts mehr zu sehen, aber nach erfolgter Vernarbung fühlte man die Pulsation nur wenig geringer, als an der anderen Seite. Verf. lässt es unentschieden, ob diese Pulsation der Art. carotis oder der compensatorisch erweiterten cervicalis ascendens angehöre, und bespricht die verschiedenen Möglichkeiten der Chlorzinkwirkung in Beziehung auf die beiden grossen Halsgefässe. Was bisher über Chlorzinkwirkung bei Bonnet, V. v. Bruns und durch Experimente von Gersuny und Gjorgevic festgestellt ist, reicht nicht hin, um sichere Schlüsse zu ziehen; die vorläufige Ansicht des Verf. ist die, dass »die pergamentartig zähe, dem Geschwürsgrund ausserordentlich fest anhaftende Aetzschicht nach Art einer wundervoll prompten, permanenten Compression auf die darunter liegenden Blutgefässe wirkt.« Dabei legt L. auf die möglichst hohe Concentration der Lösung besonderen Werth; die Art der Anwendung stammt von Roser. **Mögling** (Schwenningen).

Th. Gluck. Experimentelles zur Frage der Nervennaht und der Nervenregeneration.

(Virch. Arch. Bd. LXXII. p. 624—642.)

Während nach Excision grösserer Stücke aus dem Ischiadicus des Huhns ein dichter Narbencallus gebildet wird und die bekannten regressiven Degenerationen auftreten, zeigt nach Anlegung einer Catgutnaht im Perineurium der durchschnittene Nerv die Tendenz per primam zu verheilen und seine Leitungsfähigkeit schon nach wenigen Tagen wieder zu erlangen. Bemerkenswerth ist, dass der in Verheilung begriffene Nervenstamm auf mechanische und elektrische Reize bereits zu einer Zeit wieder reagirt, wo die Reparation der eigentlichen Nervenfasern noch nicht zu Stande gekommen und die organische Verschmelzung der Schnittenden nur durch ein Granulationsgewebe vermittelt wird, in welchem sich zahlreiche spindelförmige Elemente vorfinden. Die normale Function stellt sich bereits nach wenigen Wochen wieder her. **Lassar** (Berlin).

J. Hutchinson. On ophthalmoplegia interna.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 535. — Lond. med. chir. soc.)

Nach Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse des Gangl. ciliare bemerkt H., dass Erkrankung desselben gefolgt sein müsse von Paralyse des Musc. dilatator pupillae, constrictor pupill. und des M. ciliaris; es würde dann die Pupille bewegungslos und Pat. würde, da die Accommodation verloren ginge, nicht im Stande sein, mittelst Brillen zu lesen. Es würden ja Erkrankungen beobachtet, bei denen neben der Lähmung der oben genannten Muskeln andere äussere Augenmuskeln gelähmt gefunden würden, von diesen aber wolle H.

absehen und gerade das Augenmerk auf die Lähmung der inneren Augenmuskeln richten, die er lediglich, obwohl keine Section ihm zur Seite steht, auf Erkrankung des Gangl. ciliare glaubt zurückführen zu dürfen. Im Weiteren giebt H. die Details von 8 eigenen Beobachtungen, die unter sich in nichts von einander abweichen. In keinem Falle war Pat. besorglich erkrankt, 2 Mal fanden sich anderweitige Nervenleiden vor; 5 Mal waren beide Augen afficirt; Syphilis scheint die entfernte Ursache abzugeben, wenn sie auch nur 5 Mal deutlich nachzuweisen war. Der älteste Pat. war 54, der jüngste 27 Jahre alt; auffallend war es, dass mehrmals die Lähmung des Pupillarmuskels der des Ciliarmuskels voraufging und dass bei günstigem Verlaufe der Behandlung der letztere seine Kraft zuerst wiedergewann; die Accommodationsstörung trat nie im Anfange der Krankheit auf.

Pilz (Stettin).

T. Bryant. On the surgical treatment of intestinal obstruction with two cases of enterotomy.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 644, 711, 743.)

Bei acutem und chronischem Darmverschlusse wird des Chirurgen Beistand in der Regel zu spät angerufen, meist ist der Kranke äusserst erschöpft. Von den in den letzten 12 Jahren im Guy's-Hospitale an Darmverschluss gestorbenen 124 Personen litten 33 an acutem, 76 an chronischem Verschluss, 15 an Darmeinschiebungen. In der ersten Gruppe fand sich eine innere Hernie, 7 Mal Verschlingung, 25 Mal Bänder; in der 2. Gruppe bestand: 3 Mal Kothanhäufung, 3 Mal Verschluss durch aufgelagerte Tumoren, 47 Mal Strictur, 23 Mal Verlöthung der Därme. Von den Stricturen lagen 2 im Dünndarme, 5 im Coecum, 7 im Colon transv., 33 im Rectum und 33 in der Flex. sigmoidea. (Diese Verhältnisse stimmen im Ganzen mit den Untersuchungen von Coupland und Morris.) Bei der acuten Einklemmung — die differentiell diagnostischen Momente werden ausführlich besprochen — tritt die frühzeitige Laparotomie in ihr Recht; unterbleibt die Operation, dann erfolgt der tödtliche Ausgang durch Erschöpfung. Bei der chronischen Verschliessung tritt der Tod durch Erschöpfung oder Perforationsperitonitis ein. Die Perforation kann stattfinden an der Strictur der Flex. sigmoid. oder am Coecum. Um das Leben zu erhalten, ist die Enterotomie resp. Colotomie je nach der Ursache des Leidens — auch hier werden die differentiell diagnostischen Momente sorgfältig auseinander gesetzt — frühzeitig auszuführen; bei den Invaginationen greife man zur Laparotomie.

Die 2 eigenen Beobachtungen betreffen einen chronischen Darmverschluss bei einem 56jährigen Manne — Ursache nicht klar —, dem die Enterotomie relative Heilung brachte, und einen chronischen Darmverschluss bei einem 50jährigen Manne, der durch Enterotomie gebessert wurde, aber 5 Monate später starb; es fand sich eine undurchgängige, ringförmige Strictur im Col. ascendens.

Pilz (Stettin).

A. Martin. Zur Ovariotomie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 15 und 16.)

Da durch Einführung aseptischer Cautelen bei der Ovariotomie die Gefahr eine viel geringere geworden, haben sich die Indicationen dafür vermehrt, und M. will jeden Ovarientumor, sobald derselbe nicht lediglich als das Product einer vorübergehenden Schwellung in Folge acuter Oophoritis anzusehen ist, entfernen. — Unter den angeführten eigenen Beobachtungen M.'s ist eine seiner Operationen hervorzuheben, welche er bei einer zum dritten Male Schwangeren ausführte. Dieselbe hatte früher schon abortirt, und es stellten sich wiederum Symptome des beginnenden Abortus im 3. Monate ein; ein zwei faustgrosser Tumor lag auf dem Uterus und liess ihn nicht im grossen Becken in die Höhe steigen. M. operirte; die schon bestandenen Wehen wurden unter grossen Dosen Morphium beseitigt, und später gebar die Patientin ein ausgetragenes, lebendes Kind. — Ausser den Indicationen zur Ovariotomie, die in Erkrankung der Eierstöcke ihren Grund haben, führt M. noch die in der Neuzeit von Hegar angegebenen bekannten Indicationen an, welcher es für nöthig erachtet, selbst gesunde Ovarien zu exstirpiren, wenn dadurch andere Gefahren (profuse Blutungen bei nicht exstirpirbaren Uterustumoren) beseitigt werden. Zwei eigene Beobachtungen des Verf. folgen, welche für den Zusammenhang zwischen der Entfernung nicht kranker Ovarien und der Involution des Uterus von beweisender Bedeutung sind. Zum Schlusse giebt M. eine Tabelle über die von ihm operirten Fälle.

v. Mosengeil (Bonn).

H. Thompson. On the use of the microphone in sounding for stone.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 809.)

Dem eingreifenden Steinschnitte gegenüber hat sich die schonende Steinzertrümmerung ihren Platz erworben als Operation bei kleinen Steinen. Das Streben Aller ist immer dahin gerichtet gewesen, die Steine so früh als möglich zu erkennen und zu entfernen, und vorüber sind die Tage, in welchen man Patienten mit kleinen Steinen mit den Worten entliess, der Stein sei zu klein, er müsse noch wachsen, um operationsfähig zu sein. Aber weiterhin ist es nothwendig, nach der Steinzertrümmerung auch die Sicherheit zu haben, dass nach der veranstalteten Entfernung der Fragmente keins zurückgeblieben sei, da ohne diese Sicherheit die Lithotripsie nicht einen festen Platz in der Chirurgie behaupten kann. Jetzt sind wir mittelst der mit dem Microphon verbundenen Sonde im Stande, das kleinste Partikelchen, welches früher durch die Sonde weder für den feinsten Gehör-, noch für den Gefühlsinn zur Perception zu bringen war, deutlich zu hören. Th. giebt ausser der Aufzählung seiner Versuche und Erfahrungen dem Auditorium Gelegenheit, an vorgeführten Experimenten sich von der Wahrheit des Gesagten zu überzeugen und

bemerkt schliesslich, dass das Microphon auch zu Sondirungen von Fremdkörpern (Kugelstückchen, Knochenfragmenten) von grösstem Nutzen sein werde. **Pils** (Stettin).

W. Adams. Contraction of the fingers (Dupuytren's contraction).

(Brit med. Journ. 1878. Vol. I. p. 928.)

Dupuytren's Contractur sah A. nie bei Frauen, nur bei Männern mittleren und vorgeschrittenen Alters; meist war der 4. Finger — nach anderen der 5. — ergriffen, in der Regel auch etwas der 3. und 5., bisweilen der 5. allein. Bei der in Rede stehenden Krankheit sind die Gelenke, Bänder, Sehnen und Sehnenscheiden normal; die Anomalie kommt nur, wie Dupuytren zuerst erkannte, durch bandartige Verkürzung und Kräuselung der Fasern der Palmarfascie zu Stande. Der Zufall bot A. Gelegenheit, diese Beobachtung zu bestätigen. Einem Herrn mit idiopath. Contractur des 4. und 5. Fingers wurde durch ein wildes Pferd die betreffende Vola quer aufgerissen; A. sah sogleich den Kranken. Die Palmarfascie war quer durchtrennt, die Sehnen und Sehnenscheiden intact; nachdem eine Anzahl zerrissener Fetzen entfernt und die Finger gestreckt waren, stellte sich die anfangs quere Wunde fast perpendikulär; gute Heilung, normale Fingerstellung, gute Function. Eine locale Ursache des Leidens — als Arbeiten mit Handwerkzeug — will A. nicht annehmen, er glaubt mit Paget, dass als constitutionelle Ursache die Gicht und zwar die rheumatische Form, welche mehrere Gelenke befällt, anzusehen ist; dafür spricht ihm, dass die Erkrankung vorwiegend Leute der besseren Stände, und vorwiegend die linke Hand betrifft, dass Erblichkeitsverhältnisse in Frage kommen — er sah sie bei Vater und Sohn mehrfach, ebenso bei Brüdern. Mit Bezug auf Behandlung verwirft er die heroische der Durchschneidung der verkürzten, verdickten Fasern mittelst 1 oder mehrerer in der Palma angelegter Wunden (Dupuytren, Goyrand), auch die Lappenbildung nach Busch, und will allein die ausreichende subcutane Durchtrennung der Fasern mittelst feinem Tenotom ausgeführt wissen. An dem einzelnen Finger reichen 3—4 Durchtrennungen aus; zuerst durchtrennt er die am weitesten nach hinten gelegene Stelle, dann die am nächsten nach vorn belegene und nun die dazwischen befindlichen; die flachen Durchschneidungen werden von aussen nach innen gemacht; jede Stichstelle wird sogleich mit kleinem Wattepfropf bedeckt, sind mehrere Sehnen durch diese falschen Bänder fixirt, dann werden die anderen — A. will nicht mehr als 6 Durchtrennungspunkte in einer Sitzung benutzen — später vorgenommen. Gleich nach der Operation wird der oder werden die Finger gerade gestreckt und auf volarer Schiene befestigt. Der Verband alle 4 Tage erneut, Tag und Nacht durch 3 Wochen getragen. Besteht nach dieser Behandlung noch an einer Stelle irgend eine Neigung zur Contractur,

Ruperto Reves Agua. Quiste hidatidico del higado.

(El Siglo medico 1878. No. 1261.)

48jähriger Toledaner bemerkte seit 4 Jahren eine allmälig grösser werdende Geschwulst der Lebergegend. Patient war leicht icterisch, litt an Dyspepsie und Athemnoth und kam dabei ziemlich herunter. Die Geschwulst nahm den grössten Theil des Unterleibes ein, zeigte leichte Fluctuation, kein Schwirren. Es wurden mit dem Dieulafoy'schen Apparat circa 4 Liter Flüssigkeit entleert, in welcher unter dem Mikroskope reichliche Haken sich vorfanden. Auf diese Punction befand sich Patient für einige Zeit besser. 1 Jahr später wurde eine 2. Punction gemacht und entleerte man dabei 2 Liter Flüssigkeit, worauf sich ein Theil der Geschwulst wieder anfüllte, jedoch bald darauf sich zu verkleinern begann. Nach Jahresfrist war die Geschwulst gänzlich verschwunden. Patient erholte sich völlig.

Kispert (Madrid).

P. Pascual. Oclusion intestinal (cólico miserere), curado a beneficio de los enemas gasigenos.

(El Siglo medico 1878. No. 1286.)

Ein Taglöhner von 29 Jahren litt seit 3 Jahren und zwar immer im Monat Juni an starken Unterleibsschmerzen, die jedoch immer innerhalb 6—8 Tagen beseitigt werden konnten. Den 19. Juni dieses Jahres fühlte er wiederholt starke Kolikschmerzen, die ihn arbeitsunfähig machten. Nabelgegend, Epigastrium und rechtes Hypochondrium waren besonders schmerzhaft. Gesicht leicht icterisch, Neigung zum Erbrechen. Von Tag zu Tag wurde der Zustand schlimmer, obwohl Blutegel in Menge, Purgantien etc. angewandt wurden. Am 13. Krankheitstage stellte sich kothiges Erbrechen ein, das sich häufig wiederholte. Es wurde nun folgendes Verfahren angewendet: Man spritzte 4,0 Natr. bicarb. auf 200,0 Wasser in das Rectum ein und darauf eine gleiche Quantität acid. citric. auf 200,0 Wasser. Der Kranke wurde aufgefordert mit aller Gewalt die Flüssigkeit zurückzuhalten. 3 Mal 2stündlich wiederholte man diese Injectionen. Abends befand sich Patient besser, obwohl die Schmerzen noch fortdauern, dagegen nur galliges Erbrechen bestand. Den anderen Morgen befand sich der Kranke äusserst zufrieden. Heilung. — Darauf hin werden die Methoden besprochen, die hierbei anzuwenden sind, und schliesslich wird als beste obige Methode empfohlen. Es werden 5 ähnliche Fälle angeführt (Siglo medico 1021, 1036, 1110, 1143 und 1172), welche alle durch Gasklystiere geheilt wurden. **Kispert** (Madrid).

E. M. Skerritt. Spontaneous rupture of the spleen.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 64.)

Der Fall ist von Interesse, da die Milzruptur zu Stande kam mit Ausschluss jeder äusseren Gewalt bei der Ruhelage im Bette. Der 53jährige Mann, bisher gesund, verlor seit 2 Monaten den Appetit, bekam Uebelkeiten; seit 6 Wochen hörte er auf zu arbeiten, vor 4 Wochen hatte er heftiges langdauerndes Nasenbluten. Seit dieser Zeit nagender Schmerz im oberen Theile des Abdomen. Kurz vor der Aufnahme hatte der blasse, geschwächte Mann wieder Nasenbluten. Die Untersuchung ergab keine Organerkrankung; Puls klein, schwach, systol. Geräusch an der Herzspitze- und Aorta. Am Abend des 2. Tages bekam Pat. plötzlich einen dyspnoischen Anfall, collabirte und starb. Section; Die Bauchhöhle ist erfüllt mit flüssigem Blute, an dem vorderen Rande der Milz sieht man einen 1″ langen Längsriss, die Kapsel ist von der weichen Milz in toto durch eine dicke Blutschicht abgehoben, die Milz ist 11″ lang, $5\frac{1}{2}$″ breit, $3\frac{1}{2}$″ dick und 26 Unzen schwer. Die übrigen sonst gesunden Organe sind anämisch, nirgends ein Aneurysma vorhanden. Verf. meint, ein Congestivzustand könne an der Milz nicht eingetreten sein, die Schwäche, resp. schlechte Ernährung der Blutgefässe in der Milz, wie sie sich durch die Epistaxis an den Gefässen der Nasenschleimhaut documentirte, sei die Ursache der Ruptur. Einen ähnlichen Fall konnte S. nicht auffinden, stets konnte eine Muskelaction z. B. beim Brechact als Ursache nachgewiesen werden. **Pils** (Stettin).

G. Torres. Kyste dermique de l'ovaire gauche. Ovariotomie. Guérison.
(Annal. de Gynéc. 1878. Juni. p. 401—416.)

Ein 25jähriges Bauernmädchen hatte vom 15.—20. Lebensjahr die Periode völlig regelmässig gehabt, als in Folge eines sehr heftigen Schrecks während des Menstrualflusses eine acute Suppression eintrat. Erst 4 Monate danach traten die Menses wieder ein, und weitere 4 Monate später wurde eine hühnereigrosse, schmerzhafte, bewegliche Geschwulst in der linken reg. iliaca bemerkt. Als der Tumor die Nabelhöhe erreicht hatte und die Bauchwand deutlich vorwölbte, wurde eine Incision gemacht und dickflüssiger Inhalt entleert. Die Incisionswunde wurde zu einer Fistelöffnung, aus welcher eine mit Zähnen versehene, einem Hundskopf ähnliche Geschwulstpartie hervorwuchs. — Bei der Aufnahme auf der gynäkologischen Klinik zu Granada erschien der Tumor im Ganzen 22 cm breit, die unregelmässige conische Prominenz, welche aus der Bauchfistel heraussah, hatte 7 cm Durchmesser an ihrer Basis. Bei Druck wurde eine abscheulich riechende seropurulente Masse entleert. Vagina und Uterus virginal. —

Operation im Januar 1872, $4^1/_2$ Jahr nach dem ersten Auftreten der Geschwulst: geringe Adhäsionen, sorgfältige Bemühungen, den Eintritt des decomponirten Cysteninhalts in die Peritonealhöhle zu vermeiden; der kurze, solide Stiel wird durchgebrannt und versenkt. Nach 73 Tagen geheilt entlassen. Pat. hat inzwischen 2 gute Puerperien durchgemacht.

Die Cystenwand erschien sehr derb, an der Innenfläche uneben, an einzelnen Stellen mit dünnen Knochenlagen versehen. Der Inhalt setzte sich zusammen aus Eiter, gelatinöser Masse, Haut mit allen ihren charakteristischen Theilen, sehr massenhaften Haaren von verschiedener Länge, zahlreichen Zähnen, Knochen und Knorpelstücken, von welch letzteren einzelne in der Ossification begriffen waren. Die Zähne (incisivi, canini und molares), deren über 100 gezählt wurden, waren von verschiedener Consistenz und grösstentheils in richtige Knochenalveolen eingelassen, die wiederum von einem Gewebe umkleidet waren, das dem Zahnfleisch alter Leute frappant ähnlich war. — Die Knochenpartien waren sehr vielgestaltig, die eine erinnerte stark an ein Schläfenbein eines 8jährigen Kindes, eine andere an ein winziges Seitenwandbein, ein Steissbein u. s. w.; einzelne cylindrische Knochenstücke endlich waren durch ein wirkliches Gelenk verbunden, dessen geöffnete Höhle eine beträchtliche Menge Synovia austreten liess.

Löhlein (Berlin).

Eugéne Hubert. Cyste uniloculaire, séro-albumineuse d'une contenance de 23 Litres. —
(Bull. de l'acad. Roy. de méd. de Belg. 1878. Bd. XII. Hft. 7.)

Die 22 Jahre alte Pat. bemerkte bereits vor 3 Jahren eine Geschwulst im Leibe, welche rasch wuchs, jedoch nicht als Cyste erkannt wurde. Am 21. Mai 1878 traten die Beschwerden mit solcher Heftigkeit ein, dass punctirt werden musste, wobei 23 Liter ausflossen. 1 Monat später Ovariotomie. Chloroformnarkose. Kein Lister. Aus der Peritonealhöhle fliesst 1 Esslöffel Flüssigkeit. Die Verwachsungen befanden sich alle an der vorderen Bauchwand. Stiel und linke Tube wurden jede für sich mit Seide unterbunden und abgeschnitten, jedoch zur Sicherheit noch die Klammer von Koeberle um den Stiel gelegt und ausserdem mit Liquor ferri touchirt. Fixirung des Stiels im untern Wundwinkel. Genauer Verschluss der Bauchwunde durch tiefe und oberflächliche Nähte. Verband mit Charpie und Watte. Heilung per primam. Entfernung der Nähte und Klammer am 12. Tage. Am 14. steht Pat. auf; am 18. Entlassung. Ausser der grossen Cyste fanden sich noch einige kleine vor. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Wagner. Zur Behandlung der einer Operation nicht mehr zugänglicher Uteruscarcinome.
(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1878. No. 7. p. 211.)

Das angeblich zuerst von einem pariser Arzte geübte Verfahren besteht in der Anwendung von 6—8% Carbollösung (nur 5% in Wasser allein löslich, Ref.) im

Spray vermittelst eines weiten Speculum, täglich 5 Minuten lang. Danach soll nicht blos der Zerfall verlangsamt und die Geschwürsfläche gereinigt werden, sondern es sollen auch die Schmerzen (auch die excentrischen) verschwinden.

Pauly (Posen).

Ch. Williams. Case of lithotomy in which an enlarged middle lobe of the prostate gland was accidentally removed.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 857.)

W. entfernte bei einem 72jährigen Mann durch Seitensteinschnitt einen ovalen 5 Drachmen wiegenden Harnsäure-Stein und fand zu seinem Erstaunen, dass er den abgerissenen mittleren Lappen der Prostata zwischen den Zangenbranchen hielt; Folgen dieses Unfalls traten gar nicht ein, es erfolgte schnelle Heilung; schon am 3. Tage floss der Urin auf natürlichem Wege ab. Schliesslich meint W., dass dieser Zufall den Pat. von zukünftiger Last resp. Leiden befreit habe. Dieselbe unbeabsichtigte Entfernung des mittleren Prostatalappens passirte Cadge 3 Mal, ohne dass irgend etwas Besonderes nachgefolgt wäre, ja dasselbe soll einem anderen berühmten Steinoperateur nach Cadge's Zeugniss 8—10 Mal ohne jeden Schaden für den Pat. begegnet sein. **Pilz** (Stettin).

B. Barwell. Sequel to a case of aneurism of the aorta, and the innominata, subclavian and carotid arteries; treated by the double distal ligature.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 840.)

Als Fortsetzung des kurz Centralbl. für Chir. 1878. p. 111 referirten Falles theilt B. mit, dass Pat. 8 Tage nach der Entlassung an Bronchitis leidend, wieder ins Hospital aufgenommen wurde, dasselbe aber schon nach 2 Tagen verliess, da er nicht Brandy bekam. Pat. ging in dem schlechten Wetter nach Hause, sass dort in kaltem Raume 4 Stunden lang in durchnässtem Zeuge, sein Zustand verschlimmerte sich und er starb nach 2 Tagen. Section: Das Aneurysma sass im Anfang des Aortenbogens und hatte die Grösse eines gewöhnlichen Balles; Trachea und Oesophagus waren verdrängt, vom oberen Umfange ging eine Aussackung bis zur Halsseite, dieselbe war entsprechend der Clavicula durch eine Furche scharf vom eigentlichen Aneurysma abgetrennt; nach hinten reichte das Aneurysma bis an die Lungenspitze. Das Innere des Aneurysma war ausgefüllt von festen Gerinnseln, und enthielt eine rundliche, 1″ Durchmesser haltende Höhle. Die dünnste Bedeckung der Höhle durch übrigens feste Gerinnungen lag nach der Aorta zu und maass $^1/_8$″, im Uebrigen war die Dicke des Coagulums 1″; der über der Clavicula hinausliegende Theil war vollständig durch festes 2″ dickes Coagulum ausgefüllt; Innominata, Subclavia und Carot. dext. waren obliterirt; der Tumor hatte sich also nach der Operation erheblich verkleinert. Ausserdem fand sich verbreitete Bronchitis, eine hypostatische Pneumonie und Lungenödem. Das arterielle Blut war so dunkel wie venöses.

Pilz (Stettin).

W. D. Robertson. Fracture of the leg treated by a new method of extension.

(Bost. med. and surg. Journ. 1878. Vol. I. p. 662.)

Die Bruchenden eines in Smith'scher Suspensionsschiene gelagerten Unterschenkelbruchs behielten die Neigung sich zu verschieben. Um die Vortheile der Suspension mit der der Extension zu verbinden, führte R. die Extensionsschnur ausser über die erste einige Zoll von der Extensionsansa entfernte Rolle, über eine zweite in der Decke und eine 3″ lothrecht unter ihr in dem Fussboden eingeschrobene Leitrolle. Dieses Verfahren leistete den gewünschten Dienst (vergl. v. Bruns, Handb. der chirurg. Praxis). **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 41. **Sonnabend, den 12. October.** **1878.**

Der vordere Längsschnitt bei der Hüftgelenksresection.

Von

Prof. Dr. **Lücke.**

Ein vorderer Schnitt zur Entfernung des kranken Hüftgelenkskopfes ist zuerst von Roser angegeben. Seine Methode, obwohl sie viel Platz schafft, kann nur unter Abtrennung von Muskelansätzen ausgeführt werden, da er einen Querschnitt macht, welcher von der Basis des Schenkelhalses bis zum Trochanter major sich erstreckt. G. Simon hat diesen Schnitt zu einem Tschnitt verändert (Mittheilungen aus der Chir. Klinik zu Rostock. I. 98 ff.); die einzige Resection, welche er von vorn ausführte, machte er mit Erweiterung einer vorhandenen Wunde an der Innenseite der Gefässe in einem Fall, wo eine Luxation des Kopfes nach vorn vorhanden war.

Ich habe im Jahr 1869 auch eine Resection mit vorderem Längsschnitt ausgeführt und dieselbe kurz erwähnt in einem Bericht über die

Berner chir. Klinik (Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. II. p. 385). Der Fall betraf einen Knaben, bei dem sich ein grosser Abscess vor dem Hüftgelenk gebildet hatte; derselbe wurde an der Aussenseite des N. cruralis mit einem Längsschnitt eröffnet, der Finger drang gleich in das Gelenk ein und nachdem der Schenkelhals mit einer Zange durchtrennt war, liess sich der Kopf leicht herausheben.

Seitdem hat Schede auf dem sechsten und siebenten Congress der Gesellschaft für Chirurgie diese Methode wieder vorgeschlagen, die Regeln für den Schnitt festgestellt und über drei günstig verlaufene Fälle berichtet.

Ich hatte diesen Schnitt nie mehr ausgeführt, da ich fürchtete, in allen Fällen Eitersenkungen zu bekommen; jetzt bei der antiseptischen Methode konnte ich ihn wieder wagen, da er vor den hinteren Schnitten den grossen Vortheil voraus hat, dass gar keine Muskulatur verletzt wird.

Ich habe den vorderen Längsschnitt gerade so ausgeführt, wie Schede es angiebt und wie ich es in meinem früheren Falle gemacht habe. Nur in einem Falle wurde eine grosse nach aussen laufende, wohl abnorm hoch abgehende Art. circumflexa interna durchtrennt, sonst war die Blutung null. Die Methode ist sehr leicht auszuführen, wo schon Abscesse in der vordern Hüftgelenksgegend vorhanden sind, weil diese schon Platz geschafft haben; sie ist etwas schwieriger bei nicht eröffneter Kapsel und bereitet ziemliche Schwierigkeiten in Fällen, wo die Pfanne schon nach hinten und oben erweitert, oder sehr vertieft ist; den Hals habe ich mit dem geknöpften Messer, gewöhnlicher mit der Zange durchtrennt. Der Kopf kann durch den Schnitt nicht zur Wunde heraustreten und muss deshalb aus der Tiefe herausgeholt werden; ich habe mir zu diesem Zweck besonders gebogene Löffel mit stumpfen oder mit theilweis scharfen Rändern construiren lassen, die letzteren, um das Lig. teres, wenn es noch vorhanden ist, oder Kapselreste abzuschneiden. Von dem Schnitt aus kann auch der Trochant. major entfernt werden, was ich in einem Falle that. Die Heilung ist in allen Fällen ohne Schwierigkeit vor sich gegangen; ja sie ist durchschnittlich in sechs bis acht Wochen bis zum Gehen ohne Krücke und Stock gelungen. Senkungen nach hinten traten nie auf und nur in einem Falle gab ein schon vorhandener Fistelgang an der äusseren Seite zu einer Drainirung Anlass.

Die Verkürzung war in einigen Fällen null, höchstens 1 cm, in anderen, die Function und Stellung eine dem normalen Gelenk ganz analoge. Der Verband lässt sich mit grosser Bequemlichkeit für den Operirten anlegen, da man ihn in der Rückenlage lassen kann.

Ich habe seit Mai dieses Jahres diese Methode 7 Mal ausgeführt, der letzte Fall ist noch nicht abgelaufen.

Die Indication kann, glaube ich, viel weiter gestellt werden, als es Schede thut. Ich habe den vorderen Schnitt ausgeführt bei Ostitis des Kopfes mit vermutheter intrakapsulärer Eiterung; bei

bereits an der vorderen Seite des Hüftgelenks vorhandenen Abscessen; bei Verschiebung der Pfanne nach hinten mit Abscessen vorn, nach aussen und oberhalb des Lig. Poup. in der Beckenhöhle. Der Heilungsverlauf ist natürlich am exactesten, wenn entweder die Kapsel noch gar nicht durchbrochen ist, oder der Abscess nur erst an der vordern Seite sich zeigt. Bei grossen Senkungsabscessen nach hinten, sowie bei Fistelbildung mit sehr bedeutender Verschiebung nach hinten und oben führe ich noch immer den hintern Längsschnitt aus.

Eine eingehende Besprechung der Fälle selbst wird nächstens anderweitig erfolgen.

Strassburg, den 29. Sept. 1878.

---

v. Rokitansky. Aerztlicher Bericht des Maria-Theresia-Frauenhospitals in Wien.

(Wien 1878.)

Es wird über ein Material von 79 Kranken berichtet, von denen 70 im Jahre 1877 aufgenommen wurden, 9 vom Jahre 1876 her in Bestand waren.

Unter den zahlreichen Operationen sind hervorzuheben: Ovariotomien 7 (2†), Operation zur Herstellung einer Vagina 1, Kolporaph. ant. nach Hegar 16, Kolporaph. post. 2, Kolpoperineoraphie nach Simon 1, nach Hegar 7, Kolpoperineoplastik nach Bischof 5, nach Heppner 1. Bei den Ovariotomien wurde der Stiel, wenn irgend möglich, extraperitoneal behandelt. Der Spray wurde bei der Operation nie gebraucht. **Rinne** (Berlin).

P. Baumgarten. Ueber chronische Arteriitis und Endarteriitis, mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten »luetischen« Erkrankung der Gehirnarterien u. s. f.

(Virch. Arch. Bd. LXXIII. p. 90—121.)

In Uebereinstimmung mit anderen Autoren vertritt B. in Bezug auf die Heubner'sche Hirnarteriensyphilis den Standpunkt, dass dieselbe in allen den Fällen, wo Adventitia und Media nur den histologischen Charakter der chronischen Entzündung tragen, vom anatomischen Gesichtspunkt keine specifischen Merkmale besitze, sondern dass vielmehr der klinische Zusammenhang es sei, welcher den syphilitischen Ursprung der Hirn-Arterien-Veränderung anzunehmen berechtige. Anders wenn die Wucherungen in der Gefässwand gummöser Natur sind, wie in folgendem Fall: Bei der Obduction eines 30jährigen Mannes, der unter cerebralen Symptomen zu Grunde ging und bei der Aufnahme mit einer specifischen Psoriasis behaftet gewesen war, fand sich Atrophie der Hirnrinde und eine grauweissliche Verfärbung und beträchtliche Verdickung der

Basal-Arterien. Auf Querschnitten der verdickten Arterientheile liess sich eine intensive Zellenwucherung in beiden Aussenhäuten constatiren und die Media war streckenweise durch gefässhaltiges Granulationsgewebe ersetzt. In anderen Arterienstücken war das Gefässlumen fast vollständig ausgefüllt durch eine zellenreiche Neubildung, welche grosse Riesenzellen und verkäsende Massen enthielt und die, weil der übrige Befund gegen Tuberkulose sprach, als gummöse Infiltration angesprochen werden musste.

Lassar (Berlin).

Hallbauer. Experimentalstudien über das Verhalten tiefer Brandwunden unter den Cautelen der Asepsis. —

(Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. IX. Hft. 5 und 6.)

H. senkte in die Rückenmuskulatur von Kaninchen 1—2 cm tief den glühenden Thermokauter ein. — Zuvor wurde die Haut bis zur Fascie unter antiseptischen Cautelen mit dem Messer durchtrennt, und nach der Cauterisation wieder vereinigt. —

Die mikroskopische Untersuchung der per primam geheilten Wunden wurde am 3. bis 60. Tage nach der Aetzung vorgenommen, und ergab im Wesentlichen, dass die Cauterisation mit dem Glüheisen keine Entzündung hervorgerufen hatte. —

Um die Reste des Brandschorfes fand H. erweiterte Gefässe, spindelförmige Kerne und kernhaltige Bindegewebsfasern. — Die Muskelfasern sind nicht von jungen Bindegewebselementen durchsetzt, sondern bilden einen Wall, innerhalb dessen die Brandschorfe zum Theil resorbirt zum Theil reactionslos abgekapselt waren.

Wölfler (Wien).

J. Michel. Du rôle du liquide cérébro-rachidien dans la commotion cérébrale.

(Gaz. hebdom. 1878. No. 11.)

Verf. beginnt seine Abhandlung mit dem Hinweis auf die Arbeiten Turner's, Charcot's, Ferrier's und Duret's, durch welche das Capitel der sogenannten »cerebralen Localisationen« eine wesentliche Bereicherung erfahren habe. Insbesondere verweist er auf die in neuester Zeit erschienene Arbeit von Duret. M. hebt hervor, dass bisher der Ausdruck »Commotio cerebri« keine bestimmte Bedeutung gehabt habe. Die »commotio cerebri« sei von den Einen zugeschrieben worden einer »molekularen Erschütterung«, von Anderen einer »Compression des Gehirnes«, in Folge seines Falles gegen das knöcherne Schädeldach. Ein Fortschritt sei es bereits gewesen, als von verschiedenen Autoren gelegentlich der Erörterung der Localisation der Gehirnverletzungen auch die Commotio cerebri in Betracht gezogen ward, man also bereits daran dachte, dass die »Hirnerschütterung« mit einer Läsion der Hirnsubstanz verbunden sei.

Bevor nun M. die Untersuchungsresultate Duret's mittheilt, erinnert er daran, dass Longet gezeigt habe, dass: 1. Die Dura mater nicht contractil sei, und 2. der vierte Ventrikel des Gehirns anzusehen sei als das Reservoir des Cerebrospinalfluidums; die Flüssigkeit in den Seitenkammern aber mit jener des mittleren Ventrikels durch das Foram. Monroi communicire. Die Cerebrospinalflüssigkeit übt also auf die Wände des vierten Ventrikels denselben Druck aus, wie auf alle Theile des Gehirns und Rückenmarkes.

Verf. führt sodann Magendie's und Duret's Experimente an, die darauf abzielten, den Einfluss einer Erhöhung des intra-ventriculären Druckes der Cerebrospinalflüssigkeit festzustellen. Ueber das Detail dieser Versuche s. den Originalaufsatz. Bei einer gewissen Steigerung der Druckhöhe der Cerebrospinalflüssigkeit zeigten sich ausgedehnte Läsionen der Hirnsubstanz (breite laterale Perforation, und weiter Spalt in der Medianlinie des Bodens des vierten Ventrikels; enorme Dilatation des Aquaeduct. sylv. und des Canal. central. medull. spin.; zahlreiche hämorrhagische Herde am Boden des vierten Ventrikels).

Bei leichteren Graden der »Commotio cerebri« verschwinden andrerseits die pathologischen Symptome der Läsion sehr rasch.

Die im Gehirn beim Shoc auftretende Anämie sei nicht auf Rechnung einer mechanischen Compression zu setzen, die sich dem Zuflusse des Blutes zum Gehirn entgegenstellt, sondern einer Reflexcontraction der Hirnzuflüsse in Folge der Einwirkung des Shoc zuzuschreiben (François-Franck). In besonders schweren Fällen (paralyt. Periode, Eintritt des Coma) drohe selbst der Tod in Folge brüsker Anämie des Bulbus cerebri, sei es durch das Uebermass und die Plötzlichkeit des inneren Druckes der Cerebrospinalflüssigkeit, sei es durch die Heftigkeit der Reflexcontration der encephalischen Gefässe.

Es ergebe sich, sagt Verf., aus den Untersuchungsresultaten der Autoren, insbesondere Duret's, dass, wenn die Läsionen, die durch die Commotio cerebri gesetzt werden, variabel ihrem Sitze nach sind, sie doch alle derselben Ursache ihre Entstehung verdanken, nämlich dem Drucke der Cerebrospinalflüssigkeit gegen die Wände, welche sie umgeben. Die Cerebrospinalflüssigkeit, deren Aufgabe es ist, das Gehirn während der plötzlichen Bewegung der Exspiration und bei jenen heftigen Anstrengungen, wodurch das Blut aus den Jugularvenen zurück ins Schädelinnere gedrängt wird, dem intracraniellen Blutdrucke zu entziehen, wirkt also in Fällen von Commotio cerebri entgegengesetzt und zwar so, dass sie Zerreissung der sie umgebenden Wände, der nervösen Substanz selbst, oder Zerreissung von kleinen Gefässen (hämorrhagische Herde) bewirkt, deren Symptome je nach der betroffenen Stelle des Gehirns variiren.

Fr. Steiner (Wien).

Trélat. Sur l'uranoplastie dans les divisions congénitales du palais et du voile.

Bulletins de la société de chirurgie de Paris. Tome III. No. 7. — Séance du 27. juin.)

Bei Gelegenheit der Vorstellung mehrerer Kranken, die von Verf. theils mit günstigem, theils ungenügendem Erfolge an totaler Gaumenspalte operirt waren, giebt T. seine Erfahrungen über die Operation. Das Alter der Patienten war 15—18 Jahr, wie es von Roux empfohlen, bezüglich der Operation günstig, dagegen für die Sprachverbesserung zu spät ist. Die Ansicht neuerer Chirurgen bis Simon, sofort nach der Geburt, höchstens wenige Tage nach derselben zu operiren, theilt er nicht, vielmehr sollen die Patienten wenigstens im Alter von 2—4 Jahren stehen; dann ist die erste Dentition fast vollendet und werden die ersten Sprachversuche gemacht. Die Hasenscharte jedoch soll möglichst bald nach der Geburt beseitigt werden, da der Verschluss Einfluss auf die Verkleinerung der Gaumenspalte hat. Ist aber diese Operation bis zum 8. Jahre und darüber unterblieben, so lässt er sie bis zuletzt, um zum Schluss der Gaumenspalte die Weite des Mundes benutzen zu können und schliesst den Defect von hinten her. Ist dagegen die Hasenscharte schon früher beseitigt und neben dem Gaumendefect auch ein Spalt des Alveolarrandes vorhanden, so empfiehlt er letzteren zunächst in Angriff zu nehmen, da später nach Beseitigung des Gaumendefectes das Operationsfeld zu beschränkt ist, weil vorn die neue Lippe, hinten der neue Gaumen keine Insulte ertragen. Bei Spalten, die den harten und weichen Gaumen betreffen, sollen beide gleichzeitig vereinigt werden, um die zweimalige Ablösung des Gaumensegels vom hinteren Rande des Gaumenbeines, wie es für beide Operationen nothwendig ist, zu vermeiden.

Im Allgemeinen befolgt T. die Methode nach v. Langenbeck; er chloroformirt den Kranken und operirt an überhängendem Kopfe, indem er, hinter ihm sitzend, den Kopf auf seine Knie nimmt. Zur Offenhaltung des Mundes bedient er sich eines von Collin auf seine Anweisung construirten Knebels, dessen horizontal laufende Branchen sich auf die Backzähne stützen und durch eine Schraube in der verticalen Richtung bewegt werden.

Die Anfrischung der Ränder macht er von vorn nach hinten, indem er den abzulösenden Streifen ganz lässt; dann folgen die seitlichen Incisionen zur Entspannung der Lappen. Jedes blutstillende Verfahren, welches eine reizende Einwirkung auf die Lappen hat, vermeidet er sorgfältig. Nach Ablösung der Schleimhautlappen mit Periost vom Knochen trennt er mit einem feinen, am Rande scharfen Raspatorium dieselben sammt dem Gaumensegel vom hinteren Gaumenbeinrand und macht sie dadurch beweglicher.

Zur Naht bedient er sich des Silberdrahtes; die Gaumennaht macht er mit einer an der Spitze umgekehrt uförmig gebogenen Nadel mit langem Griff, die das Oehr an der Spitze trägt; er führt dieselbe durch den Spalt in die Nasenhöhle ein und durchsticht den Lappen-

rand von der Knochenseite nach der Mundhöhle zu, zieht hier mit einer Pincette den Faden aus dem Oehr heraus, fädelt das andere Ende ein und führt es ebenso durch den anderen Lappenrand hindurch. Zur Naht des Gaumensegels benutzt er eine flacher gebogene Nadel, die auch das Oehr an der Spitze trägt; durchsticht damit den Wundrand von vorn nach hinten, so dass das Oehr im Spalt zu Gesicht kommt, zieht dann mit einer Pincette den Faden aus dem Oehr heraus und die Nadel zurück, sticht diese uneingefädelt durch den anderen Rand, fädelt mit der Pincette hinter dem Gaumensegel dasselbe Fadenende wieder ein und zieht die Nadel wieder zurück, so dass die Schleife nun im Nasenrachenraum liegt, die Fadenenden im Munde. Die Enden dreht er mit den Fingern zusammen und schneidet sie etwa 1 cm lang ab, biegt sie um.

Am 6. Tage längstens entfernt er die Nähte. Kleine Fisteln, die sich zu schliessen zögern, betupft er leicht mit Höllenstein.

Bezüglich des Endresultates glaubt er durch die Operation mit nachfolgenden energischen Sprechübungen mehr zu erreichen, als mit dem Obturator.

In der nachfolgenden Discussion spricht Tillaux gegen die Operation bei Erwachsenen, wenn es sich um angeborene Defecte handle; nur im Falle, dass sie es wünschten, schlösse er den Defect operativ, sonst liesse er einen Obturator benutzen. Dann legt er die entspannenden Schnitte mehr nach aussen, um die Art. palatina superior zu schonen und Lappengangrän zu verhüten; endlich hält er die Verlängerung der seitlichen Schnitte über den hinteren Gaumenbeinrand für unnöthig.

Böters (Berlin).

F. Sorel. Note sur quelques particularités observées dans le développement des oreillons.

(Revue mensuelle de méd. et de Chirurgie 1878. No. 4.)

Verf. beobachtete in einer Kaserne eine Epidemie von Parotitis. Von den zwanzig Erkrankungen waren vier einseitig, nämlich einmal rechts, dreimal links, 16 doppelseitig. 12 waren mit Orchitis combinirt, u. z. 11 Mal bei doppelseitiger, einmal bei linksseitiger Erkrankung.

Die Contagion spielte in der Epidemie keine wesentliche Rolle. Von 18 Zimmern, die mit 28—32 Mann belegt waren, blieben 4 ohne Erkrankung, in drei kam ein Fall vor, in vier zwei, in fünf drei und in zwei je vier Fälle.

Von den 4 Zimmern, deren Insassen verschont blieben, hatte eins, zu ebener Erde gelegen, auf jeder Seite Zimmer mit Erkrankten neben sich, während an ein Zimmer im ersten Stock mit Erkrankten, zwei Zimmer ohne Erkrankte stiessen.

Th. Kölliker (Würzburg).

G. Stetter (Königsberg i. Pr.). Ueber Fremdkörper im Oesophagus und Larynx.

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII. Hft. 4. 1878.)

S. beschreibt zuerst einen Fall von einem Knochen im Oesophagus, welcher am 15. Tage durch Arrosion der Aorta descendens tödtlich endete. Er betraf einen 26jährigen Matrosen. Mehrfache Versuche, den Fremdkörper, der mit der Suppe verschluckt war, mit dem Graefe'schen Münzenfänger zu extrahiren, misslangen. Beim Einführen der Schlundsonde stiess man etwa in der Mitte des Oesophagus auf den Körper; beim fünften Versuche gelangte die Sonde, mit einiger Gewalt vorgeschoben, in den Magen; der Knochen wurde dann nicht wieder gefühlt. Pat. klagte am 3. Tage über Schmerzen zwischen den Schulterblättern, wurde am 9. Tage entlassen. Am 15. Tage erfolgte ein abundanter Blutsturz aus dem Munde, Entleerung schwarzer Blutklumpen aus dem Mastdarm. Abends starb der Pat.

Der Fremdkörper hatte den Oesophagus in der Höhe der Bifurcation der Trachea durchbohrt; ein feine ca. 1,5 mm breite Oeffnung führte in die Aorta descendens, $2^1/_2$ cm unterhalb des Abgangs der art. subclavia sin. —

In dem 2. Falle gelang es einem 3jährigen Knaben eine verschluckte Fischgräte, welche hochgradige Athemnoth verursachte, nach der Tracheotomia sup. zu entfernen. Die Kanüle blieb bis zum 4. Tage nach der Operation liegen. Die Wunde heilte normal, die Stimme blieb zuerst sehr lange heiser, wurde aber wieder vollkommen hergestellt.

Anhangsweise theilt Verf. noch mit, dass Schönborn bei Kindern ein Mal eine im Larynx steckengebliebene Gräte, ein anderes Mal eine in der Trachea steckengebliebene Nadel mit Glasknopf erfolgreich durch die Tracheotomie entfernte.

Maass (Freiburg i. Br.).

Schüller. Chirurgisch-anatomische Studien über die Sehnenscheiden der Hand.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 29—31.)

S. veröffentlicht die Resultate einer Reihe von Untersuchungen über die Anatomie der Sehnenscheiden der Hand, die von den bisherigen Angaben in manchen Punkten abweichen. Er präparirte zunächst die Sehnenscheiden sorgfältig und injicirte dieselben dann von verschiedenen Stellen aus hauptsächlich mit Thiersch'scher blauer Leimmasse, oder die Präparation erfolgte erst nach dem Erkalten der Injectionsmasse. Das Verfahren hierbei ist in einer Anmerkung detaillirt beschrieben. In Betreff der Sehnenscheiden des Handrückens weichen die Untersuchungsergebnisse von S. nicht erheblich von den Angaben anderer Autoren ab, nur fand er dieselben nie so weit hin-

aufreichend, wie von Heineke angegeben wird. Erheblicher sind die Differenzen bei den Sehnenscheiden der Beugesehnen. S. fand entgegengesetzt den Angaben der meisten Forscher fast stets einen Zusammenhang der Scheide des Flexor pollicis longus mit derjenigen der gemeinsamen Fingerbeuger und zwar lag die Communicationsstelle dicht oberhalb des Lig. carpi volare proprium, dagegen war ein Zusammenhang der Scheide des Flexor digiti V mit der des Flexor digitor. communis sublimis et profundus in keinem Falle zu finden. Nach den Untersuchungen des Verf. zerfällt die gemeinschaftliche Sehnenscheide unter dem Lig. carpi volare proprium in 2 Hälften, a. für die Beugesehnen des Daumens, Zeige- und Mittelfingers, b. für die Sehnen des vierten und fünften Fingers, event. auch noch für die ulnare Seite des dritten. Bezüglich der Ausdehnung der Sehnenscheiden fand S., dass diejenige für die gemeinschaftlichen Beuger nicht über 2 cm oberhalb des Lig. carpi volare proprium, diejenige für den Flexor pollicis longus etwa 4—5 cm oberhalb einer die Processus styloidei verbindende Linie hinaufreicht. Nach abwärts geht die Sehnenscheide des Flexor poll. long. in der Regel bis zum Capitulum der 1. Daumenphalanx, die Scheide der gemeinschaftlichen Fingerbeuger reicht in einzelnen nach der Ulnarseite hin länger werdenden Zipfeln bis etwa über die Bases der Metakarpalknochen hinab.

Wenn S. bei der Injection der Scheide des Flexor pollicis den Druck stark steigerte, brach die Injectionsmasse stets zuerst an dem oberen Ende der Scheide des Daumenbeugers in das umgebende Zellgewebe durch, erst dann drang sie auch aus der Scheide der gemeinsamen Fingerbeuger nach aussen und zwar gewöhnlich gleichzeitig nach der Vola manus unter den Beugesehnen hervor, wie unter den Muskelbäuchen des Flexor digitor. profundus, entlang der Muskelscheide und der Membrana interossea. Analog diesem Verhalten breiten sich die phlegmonösen Processe, die von Sehnenscheidenentzündungen am Daumen ausgehen, regelmässig auf denselben Wegen und in derselben Reihenfolge aus, so dass demnach die phlegmonöse Entzündung gleichsam in präformirten Bahnen nach S. verläuft. Ebenso beobachtete S. bei Injection der Beugesehnenscheiden eine Beugung der Finger, in Folge deren während der Injection der Extensoren-Sehnenscheiden fast gar keine Bewegung der Finger entstand.

S. bespricht noch den Verlauf der tendinösen Panaritien und deren Behandlung, und empfiehlt Incisionen, Drainirung etc.

Urlichs (Würzburg).

Körner. Ueber die Resection des Kniegelenks.

Inaug.-Diss. Würzburg 1878.

Verf. veröffentlicht nach historischen Notizen zwei Fälle von Knieresection bei fungösen Kniegelenksentzündungen. Beide Individuen sind tuberkulös.

Der erste musste nachträglich amputirt werden, beim zweiten kam es zu knöcherner Ankylose; beide erlagen bald allgemeiner Tuberkulose; der zweite noch ehe Gehversuche angestellt werden konnten.

Th. Kölliker (Würzburg).

A. Bergmann. Die Behandlung der Schusswunden des Kniegelenks im Kriege.

(Nach der Antrittsvorlesung an der Königl. Julius-Maximilian-Universität in Würzburg 1878.)

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1878.

Nach einer kurzen Skizze über die Entwicklung unserer modernen Wundbehandlungsmethode, besonders des antiseptischen Occlusiv-Verbandes erläutert B. an der Hand der Erfahrungen über die Schussverletzungen des Kniegelenks während seiner Thätigkeit als consultirender Chirurg der Kaiserlich Russischen Donau-Armee die Bedeutung, welche die Grundsätze unserer modernen Wundtherapie auch für den Krieg und die Kriegschirurgie schon jetzt besitzen. In der That eignen sich die Knieschüsse ganz besonders zum Prüfstein unserer Behandlungsweisen. Während man in den vergangenen Kriegen unseres Jahrhunderts mit den Ergebnissen der Behandlung von Schussverletzungen der Schulter, des Ellbogens, des Sprunggelenks zufrieden sein konnte, waren die Ausgänge der Kniewunden um so schlechter. So starben von 1000 Schussverletzungen des Ellbogengelenks im amerikanischen Kriege nur 194, von 1000 im Knie Verletzten dagegen 837. Angesichts solcher Erfahrungen war es begreiflich, dass die Kriegschirurgen die günstigen Resultate der primären Oberschenkelamputationen im Auge behielten und den Maximen Stromeyer's treu blieben, ja nur noch die Frage discutirten, ob primär bei den Schusswunden des Kniegelenks zu amputiren oder zu reseciren sei. Erst die Erfahrungen von v. Langenbeck im deutsch-österreichischen und im deutsch-französischen Kriege, dann die Experimente von Simon, die Beobachtungen von Klebs, dann besonders die Erfahrungen Listers, Volkmann's u. A. rehabilitirten die conservative Behandlung der Kniegelenkswunden.

In dem russisch-türkischen Kriege war Verf. anfangs durchaus bestrebt, die Schussverletzungen des Kniegelenks streng nach Lister zu behandeln, allein bald erwies sich dieser Versuch unter den schlechten äusseren Verhältnissen und aus verschiedenen anderen Gründen als unausführbar (cfr. Original).

Verf. giebt darauf eine Uebersicht von 57 resp. 59 Knieschüssen, welche er conservativ behandelt hat. Von diesen wurden 30 geheilt, 2 darunter durch secundäre Amputation im Oberschenkel, 5 andere mit zweifelhaftem Erfolg entlassen und 24 sind gestorben, darunter 9 zuvor noch Amputirte. Unter den 30 resp. 28 geheilten Fällen war in 23 Fällen der Verschluss der Wunde ohne oder mit nur geringer Eiterung erfolgt. In den übrigen 5 Heilungsfällen handelte es

sich nur einmal um eine Eiterung, welche weit über die Grenzen des Kniegelenks sich verbreitete, sonst blos um Drainagirung der eiternden Schussöffnungen, Dilatation einer Wunde und Splitterextraction. Also unter 28 Heilungen nur einmal eine ausgedehntere Eiterung. Aus der Tabelle geht weiter hervor, dass die Chancen der Heilung an das Fehlen und Ausbleiben der Eiterung geknüpft sind; wo letztere aufgetreten ist, da nehmen sie rapide ab, da rettete auch die secundäre Amputation blos 2 Mal in 11 Fällen das Leben. Das Auftreten und Ausbleiben der Eiterung war nicht ohne Weiteres an die Schwere der Verletzung geknüpft. In 23 raschen Heilungen lag 13 Mal eine notorische Knochenverletzung vor (cfr. Original); die Zahl einfach geheilter Knochenverletzungen ist überhaupt grösser, als die der blossen Kapselschüsse.

Die Ursache dieser so günstigen Resultate sucht Verf. wohl mit Recht in dem frühen Anlegen der Gipsverbände, welche sofort auf dem Schlachtfeld oder dem Hauptverbandplatze in den ersten Stunden nach erhaltener Verletzung applicirt wurden. Dieser Gipsverband war mehrfach fensterlos und blieb lange liegen. Einige Mal waren, als man diesen ersten und einzigen Verband entfernte, die Wunden unter demselben complet geheilt. Auch hier bewährte es sich wieder, dass der günstigste Verlauf dann eintrat, wenn diagnostische Manöver, wie Sondiren, Kugel-Suchen und Kugel-Extraction, Ausspritzen und Ausdrücken der Wunden u. s. w. am wenigsten vorher vorgenommen waren. Der erste Verband entscheidet über das Schicksal der Verwundeten.

In einer nachfolgenden Tabelle berichtet Verf. dann über 15 ausgesuchte Kniefracturen, welche alle in gleicher Weise verbunden wurden. Die verletzte Extremität wurde mit Carbolsäurelösung oberflächlich gereinigt und dann in 10% Salicylwatte gehüllt, deren Lagen um das durchschossene Knie in besonderer Dicke angehäuft wurden. Mittelst einer Gummibinde wurden diese Lagen dann zusammen- und angedrückt, worauf ein Gipsverband folgte, der Sprung- und Hüftgelenk mit einschloss und immobilisirte. Von diesen 15 Schussfracturen des Kniegelenks wurden 14 geheilt. In 8 Fällen erfolgte die Heilung ohne oder so gut wie ohne Eiterung, unter ihnen befanden sich 3 Fälle mit stecken gebliebener Kugel, einer mit Splitterfractur der Patella und einer mit grosser seitlicher Beweglichkeit im verwundeten Gelenk. In den übrigen 7 Fällen trat Eiterung auf, 2 Mal mit geringer, die übrigen Male mit grösserer Hartnäckigkeit, aber sie blieb auf die Gegend des Gelenks beschränkt.

Die Erfolge B.'s unter den denkbar ungünstigsten äusseren Verhältnissen, wo die Ungunst der Situation und des Augenblicks jedem energischen Befolgen einer therapeutischen Vorschrift hindernd im Wege stand, sind wahrhaft glänzend. **H. Tillmanns** (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

W. v. Muralt. Bericht über den chirurgischen Nachlass von Dr. Heusser in Hombrechtikon.

(Correspondenzbl. für schweiz. Aerzte Bd. VIII. No. 3.)

Der 1875 im 58. Jahre verstorbene Landarzt, an dem Billroth grosse Kühnheit, gute Beobachtungsgabe und ungewöhnliche Geschicklichkeit rühmte, hatte unter 896 Operationen, 32 Knieresectionen (19 geheilt) und 83 andere Resectionen (66 geheilt). Unter denen des Knies, deren erst Geheilter bereits 1848 (!) vorgestellt wurde, sind solche mit vorzüglicher Function (Alpenführer). H. strebte stets beim Knie Ankylose an und rieth nach dem 55. Jahre nicht zu reseciren wegen mangelnder Knochenproduction. Unter 96 Kropfexstirpationen sind 5 Todesfälle. Näheres fehlt. **Pauly** (Posen).

O. Wyss. Fall von Lepra tuberosa.

(Vorgestellt in der Gesellsch. der Aerzte in Zürich 10 Nov. 1877. — Correspondenzbl. für schweiz. Aerzte 1878. No. 4.)

Der Kranke zeigt die eigenthümliche Pigmentirung, Verdickung und Knollenbildung der ganzen Gesichtshaut; gelbbraune Flecke am Halse und den Extremitäten, kleinere am Rumpfe, keine Anästhesie, auffallende Wulstungen der Larynx- und Nasenschleimhaut (rhinoskopisch nachgewiesen). Zwischen dem Aufenthalt im Lepralande (Molukken) und dem Auftreten der Krankheit liegt eine 5jährige Incubationszeit; ähnliche Erfahrungen hat man bei Intermittens. — Eine directe Uebertragung ist unmöglich. Ob eine aus faulen Fischen bereitete Sauce »Sanbal« (cfr. Virchow Onkologie Bd. II. p. 507), die Pat. in den Molukken täglich genoss, als Ursache aufzufassen sei, ist einstweilen nicht zu entscheiden.

Pauly (Posen).

Mandelbaum. Zur Behandlung von Geschwüren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 10.)

M. versichert, dass Unterschenkelgeschwüre, welche allen anderen therapeutischen Versuchen getrotzt, sicher zu heilen seien durch Ausschaben, mehrere Tage fortgesetztes Bestreuen mit Jodoform und, nachdem frische Granulationen gekommen, durch Verbinden mit Empl. mercur. und saponat. ana.

v. Mosengeil (Bonn).

Peluso. Morte istantanea da fulminazione.

(Gaz. med. ital. Lomb. 1877. No. 37.)

Verf. erzählt, wie ein 40jähriger Mann in seinem neugebauten Hause vom Blitze getroffen wurde und augenblicklich todt blieb. An der Leiche war vorzüglich die enorme Weite der Pupillen bemerkenswerth. Aus dem Munde floss blutiger Schaum. Nach 22 Stunden war schon Todtenstarre eingetreten. Von den anderen Personen, die im Hause waren, wurde ein Mann zu Boden geworfen und hatte einige Zeit Symptome von Rückenmarkerschütterung. Alle hatten die Empfindung, als hätten sie mit einem Stock einen heftigen Hieb auf den Kopf bekommen. Die Section wurde nicht gestattet. **Menzel** † (Triest).

S. F. Farrar. On Prof. Nussbaum's operation of nerve-stretching.

(The Chicago med. Journ. and Examiner 1878. März.)

Verf. sammelte 16 Fälle von Nervendehnung, von denen indess schon der bei weitem grösste Theil in P. Vogt's vortrefflicher Monographie über diesen Gegenstand zusammengestellt ist und dort besser nachgelesen werden kann. Von den übrigen dürfte zunächst folgender von Interesse sein. Ein 28jähriger Mann wird am 25. August 1876 über Schlingbeschwerden und Muskelsteifigkeit klagend ins Hospital aufgenommen. 13 Tage vorher hatte er sich einen Nagel in den Fuss getreten, denselben aber sofort wieder entfernt und die Wunde mit Terpentin verbunden. 7 Tage hernach Zeichen von Trismus und hin und wieder profuse Schweisse. Nach

weiteren 3 Tagen Steifigkeit in den Schulter- und Rückenmuskeln. Nach der Aufnahme schnelle Verschlimmerung, Schlaflosigkeit, schmerzhafter Opisthotonus und bei heftigem Durst Unvermögen zu trinken. Pupillen sehr erweitert. Am 26. August wird der betreffende Ischiadicus freigelegt und gedehnt. Sofortiges Verschwinden aller spastischen Erscheinungen. Milch wird mit Gier getrunken; Behandlung mit Calabar. Nach wenigen Tagen Rückkehr der Erscheinungen, jedoch in weit geringerem Grade. Plötzlicher Tod am 31. August. Der behandelnde Arzt, der nachträglich erfuhr, dass das für den Kranken bestimmte Quantum Whisky, welches der herzlähmenden Calabarwirkung entgegenarbeiten sollte, von einem Wärter unterschlagen war, will den Tod nur auf diesen Umstand schieben und die von vornherein gestellte gute Prognose für vollkommen gerechtfertigt gelten lassen.

Noch interessanter dürfte folgender von Andrew in Chicago operirte Fall sein. Ein Matrose war vor einem Jahr aus dem Mastbaum auf das Deck gefallen und hatte den Bruch zweier Rippen, sowie des rechten Oberschenkels erlitten. Dabei vollständiger Verlust der Motilität und Sensibilität der unteren Extremitäten. Letztere kehrt bald zurück, erstere jedoch nur in Form eines tonischen Adductorenspasmus, der die Kniee aufs Bedrohlichste aneinanderpresst. Ein minutenlanger Nachlass trat aber jedesmal ein, so oft die Penisspitze mit dem Finger leicht berührt wurde. Andrew streckte nun den linken Ischiadicus und hob dadurch wunderbarerweise den Krampfzustand in dem andern, also dem rechten Bein auf. Nach 9 Tagen dieselbe Operation am rechten Hüftnerv und hierauf wesentliche Verminderung des Krampfes im linken Bein. Nach einigen Monaten konnte der Pat. trotz gelegentlich auftretender leichter Spasmen umhergehen und arbeiten.

Langenbuch (Berlin).

Sidler. Arthrotomie nach Lister in der Landpraxis.

(Correspondenzbl. für schweiz. Aerzte 1878. No. 6.)

Durch Volkmann's Darstellung (Klin. Vortr. 117—118) angeregt machte S. bei einer Kniegelenkvereiterung eines 17jährigen Pat., die in Folge einer penetrirenden Axthiebwunde entstanden war, 17 Tage nach der Verletzung die Arthrotomie. Haut, Fascie und Kapsel wurden durch Knopfnähte vereinigt, Drains bis zur Mitte der Gelenktaschen eingelegt. Rasche Entfieberung, Euphorie, Heilung mit nur »einmal 2 Tropfen Eiter«, in $3^1/_2$ Wochen unter 6 Lister'schen Verbänden (beim Verbandwechsel kein Spray). **Pauly** (Posen).

Mc. Ewen. Clinical record, illustrative of the antiseptic treatment of abscesses.

(The Glasgow med. Journ. Vol. X. No. 5. 1878. Mai.)

Verf. öffnete in einem Falle von offenbar parametritischem Abscess denselben unter antiseptischen Cautelen durch Einschnitt vom Bauche aus; schnelle Heilung. Ebenso erfolgreich behandelte er einen perinephritischen Abscess in derselben Weise. In einem 3. Falle handelte es sich um einen jungen Mann, welcher an beiden Oberschenkeln je einen Abscess hatte. Der eine, antiseptisch eröffnet, heilte schnell, bei dem anderen wurde die Eiterhöhle durch Punction und Aspiration entleert, füllte sich jedoch trotz wiederholter Punctionen immer wieder und heilte schliesslich erst nach antiseptischer Incision. **A. Bidder** (Mannheim).

Meilly. 2 Fälle von complicirter Splitterfractur des Schädels.

(Charité-Annalen III. Jahrg. p. 486 ff.)

1. Einem 25jährigen Mann fiel am 28. Juni ein Mauerstein aus der Höhe von 2 Etagen auf den Kopf. 10 Minuten Bewusstlosigkeit, dann Kopfschmerz und Schwindel. Allmäliges Verschwinden dieser Erscheinungen innerhalb 4 Tagen. Am 2. Juli plötzlich Zuckungen im linken Arm, den er schon seit der Verletzung nicht ordentlich bewegen konnte. Dann Zuckungen der ganzen linken Körperseite und von Neuem vorübergehende Bewusstlosigkeit.

Status bei der Aufnahme am 2. Juli: Auf der Höhe des rechten Scheitelbeins,

nahe der Sutura sagitt., eine sternförmige Quetschwunde. Knochen scheint bedeckt. Sensorium frei; schwerfällige, lallende Sprache. Deutliche Lähmung des linken Arms; linkes Bein und rechte Körperseite ganz intact. Sensibilität beiderseits ungestört. Faradische Erregbarkeit beiderseits erhalten. Muskelgefühl im linken Arm abgeschwächt. Continuirlicher Kopfschmerz.

Am 3. Juli Krampfanfall, eingeleitet durch klonische Zuckungen der linken Gesichtshälfte und des linken platysma myoides, bulbi nach links oben gedreht, Pupillen ad maxim. erweitert und unbeweglich. Nach wenigen Momenten Uebergang der Krämpfe auf die ganze linke Körperseite bei schnarchender Respiration und hochgradiger Cyanose des Gesichts. Sensorium während und nach dem Anfall, ebenso wie vor demselben, ganz frei. Wesentliche Erleichterung, Verschwinden des Kopfschmerzes nach dem Anfall. In den nächsten 36 Stunden 10 solche Anfälle von verschiedener Dauer und Intensität, aber immer charakterisirt dadurch, dass sie von Gesichtszuckungen eingeleitet wurden und nicht zur Aufhebung des Bewusstseins führten. Durch forcirte Bewegungen des Kopfes nach links wurden die Anfälle provocirt, durch die entgegengesetzte Bewegung coupirt resp. abgeschwächt. Eintreten einer Facialisparese, sonst keine weiteren Veränderungen.

Die Vermuthung, dass der Lähmung bestimmter Muskelgruppen eine localisirte Gehirnverletzung zu Grunde liege, führte am 5. Juli zur Untersuchung der Wunde. Unter antiseptischen Cautelen Erweiterung durch TSchnitt. Im Knochen findet sich eine trichterförmige Depression. In der Spitze des Trichters eine die Fingerspitze durchlassende Lücke, in der lose Knochensplitter liegen, Trichter selbst durch eine unregelmässige ovale Fissurlinie umgrenzt. Trennung der ganzen Peripherie des herabgedrückten Trichters. Nach Entfernung der Fragmente sieht man im Grunde des Knochendefectes deutlich die Pulsation der Hirnsubstanz. Weiter noch Extraction von 6 Splittern der Lamin. int., die in die Hirnsubstanz eingedrungen waren. Glättung der Knochenränder mit der Hohlmeisselzange, Drainage, Carboljuteverband.

Heilung unter 10 Verbänden ohne Schmerz, Fieber und Eiterung innerhalb 3 Wochen.

Erfolg der Operation: Es traten noch 12 Krampfanfälle auf. 6 davon, auf den Tag der Operation und den nächstfolgenden sich vertheilend, waren durchaus gleich den früheren. Mit dem 7. Anfalle (2. Tag nach der Operation) Beschränkung der Zuckungen auf die linke Gesichtshälfte und den linken Arm. Allmälig weitere Beschränkung auf den Facialis. Vom 6. Tage ab kein Anfall mehr. Im unmittelbaren Anschluss an das Aufhören der Reizerscheinungen Besserung der Lähmungen. Zuerst (vom 7. Tage ab) Abnahme der Facialisparese, erst später Besserung des Arms. Am 21. Juli leichte willkürliche Contractionen des Biceps und Triceps. Innerhalb der 4. Woche folgten Bewegungen der Pro- und Supinatoren der Hand, in der 5. Woche die der Extensoren des Vorderarms. Am 34. Tage totale Beseitigung der Lähmungen. Gesund entlassen 10. September.

2. Mann von 28 Jahren. Fall eines Mauersteines aus der Höhe von 5 Etagen auf den Kopf 1 Stunde vor der Aufnahme. 10 Minuten bewusstlos.

Status: Sehr aufgeregt, wirft sich hin und her, klagt über heftige Kopfschmerzen. Sensorium frei. Keinerlei Lähmungen. Complicirte Splitterfractur des rechten Stirnbeins, die Splitter sind 2 cm tief deprimirt und beweglich.

Nach Dilatation durch Tschnitt zeigt sich ein 4 cm langer und 2 cm breiter Defect in der Lamin. externa. Nach Extraction der Splitter der äusseren Lamelle erkennt man, dass die innere weit ausgedehnter fracturirt ist, uud dass ihre Splitter zum Theil quer gegen die Dura gerichtet sind. Der grösste ist sehr weit nach hinten fest zwischen Dura und Schädeldach eingekeilt, seine Extraction gelingt nach der Trepanation (mit Trepankrone von 2 cm Durchmesser). Dura nicht verletzt. Typischer aseptischer Wundverlauf, Heilung nach 5 Wochen.

Verf. knüpft an diese Fälle folgende allgemeine Bemerkungen: Die Gefahren der complicirten Schädelfracturen sind bedingt: 1. durch die complicirte Fractur als solche, da hier dieselben Bedingungen für das Entstehen accidenteller Wundkrankheiten gegeben sind, wie bei den complicirten Fracturen der Röhrenknochen,

2. durch die mechanische Reizung des Gehirns und seiner Häute durch deprimirte Splitter bei den respiratorischen und pulsatorischen Bewegungen (traumatische Meningitis). Erstere Gefahr wird durch den antiseptischen Verband paralysirt. Bezüglich der letzteren recapitulirt Verf. die früheren Ansichten der Chirurgen. Pott ging zu weit in der Anwendung der Trepanation, Stromeyer zu weit in der Opposition gegen dieselbe. Verf. ist, wenn lose Splitter vorhanden sind, also Momente, die erfahrungsgemäss traumatische Meningitis erzeugen können, für die primäre Elevation und Extraction, eventuell für Dilatation der Wunde und Anwendung von Meissel und Trepan, gleichgültig ob Hirnsymptome vorhanden sind oder nicht. **Binne** (Berlin).

A. Chiamenti. Eliminazione spontanea di un corpo straniero delle laringe.

(Giornale ven. 1877. December.)

Einem Knaben drang der Samen einer Wassermelone in den Larynx und wurde erst nach 38 Tagen wieder ausgehustet. Während dieser Zeit litt der Knabe an continuirlicher Dyspnoe, von Zeit zu Zeit von Stickanfällen unterbrochen.

Menzel † (Triest).

V. Scaini. Sopra un sarcoma globo-cellulare e fuso-cellulare alla scapola ed omero sin.

(Giornale ven. di scienze med. 1877. September.)

Bei einem 24jährigen Manne wurde von S. im Spital zu Udine ein überaus grosses exulcerirtes Rund- und Spindelzellensarkom des Oberarms mittelst Exarticulatio humeri operirt. Die Art. subclavia wurde während der Operation gegen die 1. Rippe comprimirt und die Art. axill. vor ihrer Durchschneidung unterbunden. Ein mächtiger Fortsatz des Tumors musste aus der Fossa infraspinata des Schulterblattes hervorgeholt werden. Die Heilung erfolgte überaus schnell, obwohl Pat. zur Zeit der Operation schon sehr cachektisch aussah.

Menzel † (Triest).

A. Menzel. Ein Fall von angeborener Sacralgeschwulst. (Nebst Tafel.)

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXII. Hft. 3. p. 691.)

M. entfernte bei einem 19jährigen Pat. eine Steissbeingeschwulst mittelst Abtragung durch die galvanokaustische Schlinge. Ein Theil des noch in der Wundfläche sitzenden Geschwulstrestes stiess sich nekrotisch ab. 4 Monate nach vollführter Operation konnte der Kranke geheilt entlassen werden.

Die Geschwulst, zwischen Anus und Steissbein aus dem kleinen Becken hervorgewachsen, war cylindrisch. Eine Hautmanchette, einem Aermel oder Präputium nicht unähnlich, umgab rings die Basis des Tumors, welcher an seinem freien Ende exulcerirt war. Eine Strecke weit war die Haut durch Papillomgewebe ersetzt. Die Hauptmasse der Geschwulst bestand aus Fettgewebe und aus Cysten, letztere sehr verschiedenen Inhalts (Cystosarkom). Zahlreiche dicke Nervenstämme, viele glatte und wenige quergestreifte Muskelfasern, ferner Inseln von hyalinem und Netzknorpel, endlich ein Knochenstück (vielleicht Rudiment eines Wirbels) fanden sich in der Geschwulst vor. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Anger. Calcul vésico-prostatique — Taille médiane pratiquée avec le thermocautère — Extraction du calcul — Guérison.

(Bull. de la Société de Chirurgie de Paris Tome IV. No. 7. Séance du 11. juillet.)

A. stellt der Gesellschaft einen 46jährigen Mann vor, der im Alter von 20 Jahren eine Gonorrhoe acquirirt, seit zwei Jahren an Ziehen in den Hoden, Schmerzen in den Nierengegenden litt; vor $1^1/_2$ Jahr Harnverhaltung hatte und beim Urinlassen oft eine plötzliche Unterbrechung des Strahls bemerkte; schliesslich entstand starker Blasenkatarrh, Harnträufeln, Fieber, Abmagerung. Sondirung ergab im Bulbus eine Strictur, oberhalb deren das Gefühl eines rauhen Gegen-

standes auftrat; es saas ein Stein im Blasenhals, der sich unschwer in die Blase zurückstossen liess.

Um den sehr reducirten Kranken vor Blutverlust zu bewahren, bediente sich A. zur Lithotomie des Thermokauter. Nachdem er die Strictur gedehnt und eine Steinsonde eingeführt hatte, machte er mit dem Thermokauter eine 4 cm lange Incision am Damm, trennte bis zum Bulbus die Gewebe schichtweise, incidirte dann die pars membranacea mit dem Messer, führte ein Lithotom in die Blase ein und zog es geöffnet zurück, so dass eine $2^1/_2$ cm lange Incision im Blasenhals entstand. Hierbei trat die erste geringe Blutung ein. Mit einer Zange liess sich der Stein leicht fassen, zerbröckelte aber und wurden die Trümmer durch Ausspülung der Blase entfernt.

Nach 30 Tagen völliger Schluss der Wunde. Während der Heilung war die Urethra täglich bougirt.

Die Eschera der Wunde war leicht, so dass sich letztere nicht vergrösserte. A. glaubt diese Gefahr zu vermindern, wenn man rasch mit einem stark glühend gemachten Instrumente operirt. Neben dem Mangel jeder Blutung vermeidet das Instrument auch die Harninfiltration der Wunde.

Boeters (Berlin).

Heath. Remarkable case of hypertrophy of the left leg; ligature of external Iliac artery.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 725.)

Ein 6 jähriger jüdischer Knabe zeigte eine bedeutende Hypertrophie des linken Beines; angeblich soll derselbe vor 4 Jahren eine nicht weiter feststellbare Erkrankung desselben gehabt und seitdem eine Zunahme des Beines erfahren haben; anamnestisch fehlt jeder Anhalt für infantile Paralysen und congenitale Syphilis. Das linke Bein ist dunkler, rauher, trockner, die Haare desselben sind reichlicher, länger und dunkler; Sensibilität und Reflexaction ist normal; das linke Bein ist $2^1/_2$″ länger und fast in allen Theilen bis zum Knie 2″ dicker, in der Mitte des Oberschenkels 4″ dicker als das rechte Bein. Systolisches Geräusch an der Herzspitze und an der Basis an beiden Art. femor. Schnurren zu hören und zu fühlen. Da Einwicklung des Beines keine Aenderung bewirkt, so schreitet H. zur Ligatur des Iliac. ext. unter antiseptischen Cautelen; fieberloser Verlauf. Nach 4 Wochen ist das linke Bein überall um 1″ dünner geworden. Das Geräusch am Herzen ist schwächer, dagegen besteht ein sehr lautes Geräusch über der Art. glut. und circumfl. externa; die Femoralis unter dem Poupart'schen Bande ist obliterirt.

Pils (Stettin).

Bellamy. Cystic sarcoma in the popliteal space; removal.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 567.)

Die 28 jährige Frau bemerkte seit 6 Jahren in ihrer rechten Kniekehle eine weiche, fluctuirende Schwellung, die bei Beugung verschwand; seit 6 Monaten wurde dieselbe grösser, fester und genirte mehr; in der linken Kniekehle bildete sich ein ähnlicher Tumor aus. Bei der Aufnahme fand sich in der Mitte der rechten Kniekehle eine harte, rundliche hühnereigrosse, anscheinend bewegliche Geschwulst. Bei der Operation sah man, dass dieselbe mit der Fascia poplitea und der Scheide des M. gastrocn. verwachsen war, zufällig angeschnitten, entleerte sie eine grössere Menge Flüssigkeit. Schnelle Heilung, bisher kein Recidiv. Die Geschwulstmasse der Cyste bestand aus rundlichen und Spindelzellen. Der Tumor der linken Kniekehle war eine Aussackung eines Schleimbeutels oder der Kniegelenkskapsel.

Pils (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 42. **Sonnabend, den 19. October.** **1878.**

Zur Frage der Brucheinklemmung.

Von

Dr. J. A. Korteweg,

Assistenzarzt der chirurgischen Klinik zu Leiden.

Dass in vielen Fällen von Brucheinklemmung die Zusammenschnürung durch die Bruchpforte nicht als das grösste Hinderniss für die Taxis zu betrachten ist, kann gewiss als eine Thatsache angesehen werden. In den Fällen nämlich, wo der Bruch nach wiederholten, vergeblichen Repositionsbestrebungen plötzlich gurrt und den Fingern entschlüpft, war gewiss die Constriction nicht die Ursache der Einklemmung. Bei einer engen Constriction würde doch das Hinderniss nicht der Art sein, dass, indem während langer Zeit die kräftigsten Taxisversuche vergeblich waren, einen Augenblick nachher aller Widerstand nachliess und die Darmschlinge fast ohne weiteren Druck, wie von selbst, gurrend in die Bauchhöhle zurückschlüpfte.

Auch kam es bei der Herniotomie schon mehrmals vor, dass, obgleich ein Finger neben der Darmschlinge durch die Bruchpforte hingeschoben werden konnte, die Reposition doch nicht gelang, als nach noch weiterer Vergrösserung der Bruchpforte (z. B. Centralbl. für Chirurgie 1878, No. 19, p. 319).

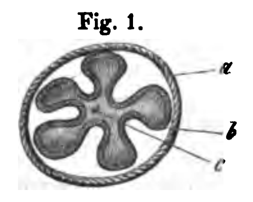
Wenn wir von der Frage, wie oft diese Art der Brucheinklemmung (Kocher's Kotheinklemmung) vorkommt, abstrahiren, und uns blos beschäftigen mit der Frage, wie dieser Einklemmungsmechanismus erfolgt, so finden wir, dass die Meinungen in dieser Hinsicht noch so verschieden sind, dass eine Annäherung der Ansichten gewiss als sehr wünschenswerth zu betrachten ist.

Die Erklärung nun, welche von mir in meiner Inaugural-Dissertation [1]) gegeben wurde, stimmt, was das Resultat anlangt, in der Hauptsache mit Kocher's »Theorie der Dehnung« [2]) überein.

Da das zu- und abführende Darmende sich bei dieser Kocherschen Kotheinklemmung ganz gleich verhält, so werde ich jetzt, ebenso wie in meiner Dissertation und ebenso wie auch Kocher, die Frage, wie die Absperrung sich einstellt, nur für einen Bruchschenkel erörtern.

Durch welche Ursache kann also in der Continuität eines Darmes Absperrung erfolgen, wenn eine bewegliche Stenose einen mehr gefüllten und gespannten Theil von dem weniger gefüllten Theile abgrenzt? (Busch'scher Stenosenversuch).

Fig. 1.



Schematischer Durchschnitt der stenosirenden Fadenschlinge und des sich faltenden Darmes. *a.* Fadenschlinge, *b.* Darmwand. *c.* Darmlumen.

Um den Effect des Druckes und denjenigen der Blähung auseinander zu halten, injicirt Kocher nicht Wasser oder Luft in den oberen Darmtheil, sondern er schiebt in denselben einen Glascylinder ein, welcher den Darm nach allen Seiten hin gleichmässig ausdehnt und spannt.

Wenn man dieses Experiment macht, dann wird, sobald der Glascylinder so weit vorgeschoben ist, dass die Darmwände sich in der stenosirenden Fadenschlinge zu spannen anfangen, diese meistens eine mehr oder weniger lange Strecke vom Darme abgestreift, bis irgendwo in Folge zufälliger Unebenheiten des Darmes oder der Fadenschlinge, die Reibung zwischen beiden zu gross wird; alsdann gleitet die Schlinge nicht weiter vom Darme ab und zu gleicher Zeit stellt sich die Abschliessung der Stenose in Folge der »Dehnung« der Darmwände ein.

Die Erklärung Kocher's, wie sich dieses genau zuträgt, ist mir nicht recht klar. Ich glaube aber, dass die Verschiebung zwischen Mucosa und Musculo-Serosa, welche Kocher als Ursache der Abschliessung angiebt, rationeller ersetzt werden kann, von einer

---

[1]) Over de Oorzaken der breukbeklemming. Leiden, Mei 1877. Referat: Langenbeck's Archiv Bd. XXII. Hft. 2.

[2]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. VIII. Hft. 4. 1877. August.

Verschiebung zwischen Längsfalten der ganzen Darmwand, welche auf folgende Weise durch »Dehnung« entsteht.

In der Stenose wird die Darmwand sich nothwendig in Längsfalten zusammenlegen, so dass nur ein kleiner Theil des ganzen Darmumrisses mit der Fadenschlinge in Berührung kommt. (Fig. 1.)

Nur an jenen Stellen, wo die nach Aussen hervorragenden Längsfalten die Fadenschlinge berühren, werden die Reibungswiderstände zwischen Darmwand und Fadenschlinge sich einer weiteren Durchwanderung des Darmes widersetzen können.

Die übrigen, nach Innen hineinragenden Längsfalten werden von diesen Reibungswiderständen nicht fixirt. Da aber die Darmwand oberhalb der stenotischen Stelle gleichmässig gedehnt wird, werden die nach Innen hineinragenden Längsfalten ebenso sehr gedehnt und angezogen, wie die nach Aussen hervorragenden. In Folge dieser Dehnung werden die nicht fixirten Darmwandfalten immer weiter durch die Fadenschlinge hinaufgezogen und zwar so lange, bis die organische Verbindung zwischen fixirten und nicht fixirten Längsfalten sich einer weiteren Verschiebung der letzteren widersetzt.

In dieser Verschiebung ist eine einfache Erklärung der Abschliessung gegeben. Die nicht fixirten Darmwandfalten ziehen nämlich bei ihrer Durchwanderung auch diejenigen Darmtheile nach sich, welche gerade unter den fixirten Stellen gelegen, mit ihnen gemeinsame Quermuskelfasern besitzen. Diese Darmtheile folgen ihren Nachbartheilen durch die Fadenschlinge hindurch und somit bildet sich eine mehr oder weniger deutliche Invagination.

Es leuchtet von selbst ein, dass bei einer engen Stenose das Bestreben der Invagination schon genügend ist zur vollständigen Abschliessung.

Die ungleichmässige Fixirung und die ungleichmässige Dehnung und Durchwanderung der Darmwände ist Ursache der Absperrung.

War die Darmwand nur an einer einzelnen Stelle fixirt, wie es sich bei dem Experimente meistens ereignet, weil die Schlinge auf einem Fettklümpchen sitzen bleibt, dann stellt sich die Abschliessung folgendermassen ein.

Die ganze übrige, nicht fixirte Darmwand wird durch die Fadenschlinge hindurchgezogen. Diese Darmwand aber zieht bei seiner Durchwanderung den unter der fixirten Stelle und ihr gerade gegenüber gelegenen Darmtheil nach und dieser letzte Darmtheil wird nun je nach der Grösse der Stenose zu einer mehr oder weniger deutlichen Klappe.

Die Absperrung ist hier also die Folge einer queren Darmhautfalte, die sich im unteren, leeren Darmstücke gerade unter der fixirten Stelle formirt und durch die Fadenschlinge hindurch in das obere Darmstück prolabirt.

In Langenbeck's Archiv, l. c., erklärte ich diesen Vorgang mit folgenden Worten:

In dem oberen, aufgeblähten Darmstücke werden . . . . . . die Wände stark gespannt, diese trachten, in Folge ihrer Spannung, immer mehr Darmwand durch die Fadenschlinge hindurch zu ziehen; an der einen Seite ist eine solche Durchwanderung durch das Fettklümpchen verhindert, an der anderen Seite wird Darmwand hindurchgezogen so lange, bis die organische Verbindung beider Wände (hauptsächlich die queren Muskelfasern) sich einer solchen ungleichseitigen Durchwanderung widersetzt; in diesem Momente zieht der Darmwandtheil *E* (Fig. 2, wo die auf den Quermuskelfasern gelegenen Punkte *a*, *A*, *b*, *B* etc. jedesmal durch übereinstimmende Buchstaben bezeichnet sind), den gleichnamigen, unter der fixirten Stelle gelegenen Theil *e* mittelst der gemeinsamen queren Muskelfasern klappenförmig in die Fadenschlinge hinein und diese Klappe sperrt die stenotische Stelle ganz ab.«

Fig. 2.

Fig. 3, welche die nicht schematische Skizze des Bodens eines solchen Glascylinder-Präparates vorstellt, stimmt mit dieser Erklärung ganz überein.

Zur festeren Fixirung benutzte ich eine Nadel, welche wie eine Acupressurnadel nur die äussersten, oberflächlichen Lagen der Darmwände durchstach.

Man sieht, wie mehrere convergirende Darmfalten den Boden des dehnenden Glascylinders für die Hälfte einnehmen. Diese Falten schieben sich alle unter eine grössere, stärker gewölbte Falte, welche die übrige Hälfte des Bodens einnimmt.

Betrachtet man das Präparat im durchfallenden Lichte, so sieht man an der Stelle *a*, wo im auffallenden Lichte nur eine seichte Vertiefung zu bemerken war, ganz deutlich Nadel und Fadenschlinge hindurchscheinen. Ich bemühte mich, dies in der Figur wiederzugeben.

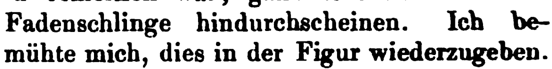


Fig. 3.

Die grosse halbseitige Falte ist also Darmwand, welche unterhalb der fixirtenStelle gelegen war und als Querfalte in die stenosirende Fadenschlinge hineingezogen wurde.

Wie ich oben angemerkt habe, darf es bei einer engen Stenose nicht einmal zu einer wirklichen Faltenbildung kommen. Die unter der fixirten Stelle gelegene Darmwand wird hier schon eine Absperrung verursachen, blos dadurch, dass sie sich gegen die stenotische Stelle andrängt.

Dasselbe wird sich nothwendigerweise ereignen, wenn man die Darmwand gerade unter der fixirten Stelle, z. B. durch ein eingebundenes Holzstäbchen rigide gemacht hat, denn Darmwand mit Stäbchen wird sich alsdann gegen die stenotische Stelle anlehnen[1].

Die Faltenbildung ist also nur Folge, die ungleichmässige Fixa-

[1] Tresling (Over het mechanisme der darmbreukbeklemming, Inaug.-Diss. Groningen 1878) machte ein solches Experiment. Dass hier Abschliessung entstand, ist im Ganzen nicht in Widerspruch mit meinem Erklärungsversuch.

tion und die ungleichmässige Dehnung und Durchwanderung ist Ursache des ganzen Vorgangs.

Bei einer eingeklemmten Darmschlinge, bei einer Hernie, glaube ich jetzt noch wie vorher, dass das Mesenterium die Rolle der einseitigen Fixation besorgt.

A. Adamkiewicz. Die Secretion des Schweisses, eine bilateral-symmetrische Nervenfunction. Nach Untersuchungen an Menschen und Thieren dargestellt.

Berlin, Aug. Hirschwald, 1878. 8. 70 S.

Die Beobachtung von Goltz, dass Tetanisiren des peripheren Endes eines durchschnittenen Hüftnerven bei Hunden wie Kätzchen Schweisssecretion an der entsprechenden Hinterpfote hervorruft, ist von Kendall und Luchsinger bestätigt worden, die weiterhin die Unabhängigkeit dieses Secretionsvorganges von den Circulationsverhältnissen überzeugend dargethan haben. Luchsinger hat dann im Verfolge dieser Untersuchungen gefunden, dass die Centren der Schweisssecretion für die Hinterpfoten des Kätzchens im Bereich des unteren Brust- und oberen Lendenmarks liegen (aber nicht da, wo die Centren für die sensiblen und motorischen Nerven der Hinterextremitäten sich befinden), und dass sie das Rückenmark der 6—7 vorderen Spinalwurzeln verlassen, um auf der Bahn sympathischer Nerven zu den Fasern des N. ischiadicus zu treten. Versuche, durch Reizung sensibler Nerven auf dem Wege des Reflexes Schweisssecretion hervorzurufen, hatten nur unbeständigen Erfolg. (Vergl. Centralblatt f. Chir. 1877 p. 133.)

Die Untersuchungen von A., über deren wesentliche Ergebnisse wir hier nur berichten können, sind ziemlich gleichzeitig und unabhängig von Luchsinger angestellt; im Gegensatz zu letzterem hat A. der Hauptsache nach am Menschen experimentirt und den Thierversuch erst zu Hülfe gezogen, wo am Menschen eine Entscheidung nicht zu erhalten war.

Wird beim Menschen ein motorischer Nerv (tibialis, medianus, facialis) elektrisch gereizt, so tritt im Bereich der contrahirten Muskulatur, insbesondere an gewissen Praedilectionsstellen (Handfläche, Fusssohle, Gesicht) und in dem analogen Gebiete der anderen, nicht gereizten Körperhälfte Schweisssecretion auf; dasselbe geschieht bei einseitiger Erregung von Muskeln durch directe elektrische Reizung derselben oder durch den Willensimpuls, sowohl bei freiem als bei unterdrücktem Kreislauf. Ebenso tritt bei sensibler, elektrischer oder thermischer Reizung der Haut — von thermischen Reizen wirkt nur die Wärme, nicht die Kälte — Schweisssecretion unabhängig vom Kreislauf auf. Was den Bereich anlangt, innerhalb dessen bei sensibler Hautreizung, gleichviel ob dieselbe auf beiden oder nur auf einer Seite stattfindet, Schweiss hervorbricht, so ist

er unabhänig von der Applicationsstelle des Reizes und stets bilateral-symmetrisch. Endlich kann man durch künstliche Erregung von Angstvorstellungen beim Menschen, also durch rein physischen Einfluss Schweisssecretion, besonders im Gesicht, experimentell hervorrufen. Ist somit der directe, nervöse Einfluss, der die Schweisssecretion anregt, und die peripheren (centripetalen und centrifugalen) Bahnen, auf denen dieser Vorgang abläuft, zweifellos gesichert, so erhebt sich naturgemäss die Frage nach den nervösen Centren, von denen diese Impulse ausgehen. Aus den schon angeführten Erfahrungen zieht A. zunächst den Schluss, dass Centren der Schweisssecretion sich dort befinden müssen, wo Vorstellungen entstehen d. h. in der Hirnrinde, ferner da, wo sensible Nerven enden, also im Verlauf des ganzen Rückenmarks. Der Umstand endlich, dass secretorische Functionen mit motorischen coincidiren, lässt auf die anatomische Coincidenz der secretorischen und motorischen Nervenapparate schliessen. Zur Prüfung dieser Schlüsse an jungen Katzen angestellte Experimente ergaben A. folgende Resultate: Bei Reizung der Oblongata sieht man alle 4 Extremitäten noch $^3/_4$ Stunde nach dem Tode schwitzen, dasselbe ist auch noch der Fall nach halbseitiger Durchschneidung des Rückenmarks im oberen Lendentheil. Faradisirt man das centrale Ende des Pl. brachialis, so schwitzt die Pfote der anderen Seite. Zerstörung des Halsmarks von der Oblongata bis in die Höhe des III. Halswirbels ändert nichts an diesem Erfolge, selbst nicht die gleichzeitige Vernichtung der unteren Hälfte des Brustmarks. Reizung des centralen Stumpfes eines N. ischiad. ruft Schweisssecretion in der Pfote der anderen Seite auch nach Zerstörung des Lendenmarks bis zum IV. Lendenwirbel hervor. Auch nach vollständiger Entfernung des ganzen Lendenmarks können die Hinterpfoten des Kätzchens durch Reizung des centralen Endes vom Pl. brachialis zur Secretion gebracht werden, nicht aber, sobald ausserdem noch das untere Ende vom Brustmarke bis zur Höhe des X. Brustwirbels exstirpirt ist. Reizung des Lendenmarks ruft Schweisssecretion in den Hinterpfoten, auch nach Durchschneidung sämmtlicher hinteren Wurzeln hervor. Es ergiebt sich somit über den Verlauf, den die nervösen Apparate für die Schweisssecretion nehmen, etwa Folgendes: Aller Wahrscheinlichkeit nach ist ihr Ursprung an der Oberfläche des Gehirns gelegen. Die Med. obl. ist ohne Zweifel der Sammelort für sämmtliche Schweisssecretionsfasern aller 4 Extremitäten. Indem dann diese Fasern nach dem Rückenmark heruntersteigen, treten sie mit Secretionscentren in Verbindung, die nahezu durch das ganze Rückenmark zerstreut, wahrscheinlich in der Vorderhörnern der grauen Substanz liegen. Secretionsfasern verlassen zusammen mit motorischen Nerven durch die vorderen Wurzeln das Rückenmark und gehen mit ihnen zu denselben Bezirken. Für die Hinterpfoten des Kätzchens treten zum N. ischiad. noch vom Sympathicus aus höher gelegenen Rückenmarksabschnitten (im Bereich der drei letzten Brustwirbel) Secretionsfasern hinzu. Aus neuropathologischen Fällen, wel-

che auf der Nervenstation der Charité zur klinischen Beobachtung von A. gelangt sind, lässt sich ableiten, dass auch beim Menschen die Schweissfasern ähnliche Bahnen innerhalb des Rückenmarks einschlagen. Schliesslich macht A. darauf aufmerksam, dass bilaterale Functionen ähnlich denen der Schweissdrüsen, unter gewissen pathologischen Verhältnissen auch an der Körpermuskulatur beobachtet werden, aus deren Natur man vielleicht das Zustandekommen der bilateralen Schweisssecretion erklären kann. **J. Munk** (Berlin).

T. Flournoy. Contribution à l'étude de l'embolie graisseuse. (Aus dem pathologischen Institute des Prof. von Recklinghausen.)

(Inaug.-Diss. Strassburg, 1878.)

Um die verschiedenen Ursachen der Fettembolieen festzustellen, hat der Verf. während des Zeitraums von etwa vier Monaten die Lungen aller derjenigen Individuen untersucht, deren Autopsie in dem pathologischen Institute zu Strassburg gemacht wurden. Es wurden in dem Zeitraume über 250 Autopsien gemacht und in 26 Fällen konnte Verf. Fettembolie der Lunge constatiren. — Ausserdem stellte F. noch Versuche an Kaninchen an, bei denen er subcutane Injectionen von Oel vornahm, um die eventuelle Betheiligung der Weichtheile bei der Entstehung der Fettembolie nachzuweisen. Er kam dabei zu dem Schlusse, dass die Gegenwart von Oel im subcutanen Bindegewebe keine Fettembolie verursacht, es sei denn, dass bei der Injection selber Gefässe verletzt werden und in diese hinein das Fett getrieben wird.

Wenngleich der Verf. keine wesentlich neuen Gesichtspunkte für die Entstehung der Fettembolie hat aufstellen können, so hat er doch durch fleissige und gründliche Untersuchungen die Ansichten über Fettembolie klären können. Wir heben hier aus der umfangreichen Arbeit nur einige der wichtigsten Thatsachen heraus und verweisen, was die einzelnen Beobachtungen, die historische Einleitung und die Kritik der Ansichten anderer Forscher anbetrifft, auf die Arbeit selbst.

In Hinsicht auf die Herkunft des Fettes, so stammt dasselbe in beinahe allen bekannten Fällen von Aussen, nicht also von den Wandungen oder aus dem Innern der Gefässe. Die nothwendigen Bedingungen zur Entstehung der Embolie sind: genügend grosse, normale oder pathologische Oeffnungen in den Wandungen der Gefässe, die Gegenwart freien flüssigen Fettes in der Nähe der Gefässe, endlich eine »vis a tergo« (gewöhnlich der Druck des Blutextravasats selber). Im Knochenmark sind diese Bedingungen am häufigsten erfüllt, können sich aber auch manchmal in den Weichtheilen vorfinden.

Die in die Lunge gelangten Fetttropfen bleiben zunächst deutlich sichtbar in den kleineren Gefässen. Allmälig in Folge des er-

höhten Blutdrucks werden besagte Fetttropfen weiter und weiter in die Capillaren und von da in die Venen getrieben. Man findet dann das Fett in den Glomerulis der Niere, in der Pia mater, im Gehirn, im Herzen, in der Leber u. s. w.

In allen denjenigen Fällen, in denen der Pat. nach Fractur in den ersten Wochen zu Grunde ging, fand sich die Fettembolie allein in der Lunge. Jedoch fand sie sich neben metastatischen Herden dann, wenn der Tod in der 3.—5. Woche erfolgte. Doch will Verf. keinen causalen Zusammenhang zwischen diesen beiden Befunden in letzteren Fällen annehmen.

Aus den Symptomen und dem klinischen Verlauf heben wir hervor: Die Respiration ist sehr beschleunigt und steigert sich zur Orthopnoe. Percussionsschall der Lunge bleibt normal, oft blutig-schaumige Sputa. Die Dyspnoe kann ganz plötzlich auftreten. — Puls klein, frequent, Cyanose. Die Temperatur fand man meistens beim Menschen erhöht, entgegen den an Thieren bei den Experimenten gemachten Erfahrungen. Die Patienten werden bald somnolent und verfallen in Coma.

Verf. betont mit Recht das häufige Vorkommen der Fettembolie, die viel häufiger ist als man gewöhnlich annimmt. Sie ist eine constante Complication der Fracturen und verursacht am häufigsten den Tod in den ersten Tagen nach der Verletzung.

Die Amputationen und Resectionen geben selten Veranlassung zur Fettembolie wegen der geringen Ausdehnung des freigelegten Markes und weil wegen des freien Abflusses des Wundsecretes der zur Resorption nöthige Druck fehlt. — Dagegen ist die infectiöse Osteomyelitis meist (wohl immer) mit Fettembolie complicirt. —

Eine eigne Beobachtung (XIV) führt Verf. an, in der Contusion der Weichtheile Ursache einer Fettembolie mit tödtlichem Ausgange war.

Ferner kann es im Greisenalter noch zur Fettembolie kommen in Folge seniler Veränderungen des Markes der langen Röhrenknochen. Aehnliche Veränderungen des Markes können aber auch in jedem Alter unter noch unbekannten Verhältnissen (Infection z. B. Syphilis [Fall XVI]) sich zeigen und die Ursache zur Fettembolie abgeben.

Zum Schluss der Arbeit giebt Verf. noch eine 140 Fälle umfassende Statistik, darunter 84 Fracturen. In 18 Fällen war die Fettembolie einzige Todesursache. Mit Ausnahme zweier Fälle war in den tödtlich verlaufenden Fällen die Fettembolie nach Fractur entstanden (19 %). Der Tod trat in dem Zeitraum von 7 Stunden bis 11 Tage nach dem Unfall ein. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Ueber Wundbehandlung.

(cfr. Centralblatt für Chir. 1878. No. 32.)

(Bull. de l'Acad. de méd. 1878. No. 19, 21, 26, 27.)

Alphonse Guérin tritt (No. 19) mit Entschiedenheit für die Entstehung der purulenten Infection durch schädliche Keime in der

Luft ein. Wichtiger als seine Beweisführung ist wohl eine genaue Darstellung seiner Verbandtechnik; als Beispiel nimmt er eine Amputation mit 2 Lappen.

Nach Unterbindung der Gefässe mit Catgut wird die Wunde mittelst einer Compresse mit lauwarmen Wasser übergossen, dann rasch noch mit 5 %iger Carbollösung überrieselt, wie auch der ganze Stumpf damit gewaschen wird; und nachdem die Lappen, welche an den Rändern mit etlichen Nähten vereinigt worden, fest angedrückt sind, wird Watte, welche eben erst frisch aus dem Umschlag genommen ist, möglichst rasch darüber gedeckt und so dick aufgetragen bis das Glied das Dreifache seines Volumens erreicht hat. Wichtig ist die richtige Anlegung der Binden. Dieselben sollen eine Compression ausüben, so dass weder Blut noch Secret zwischen den Wundflächen sich anhäufen kann, andererseits aber doch so locker liegen, dass das Secret leicht in die Watte sich vertheilt. Man hat zu einem solchen Verband ca. 120—140 m Binde nöthig. Damit ist der Stumpf so eingehüllt, dass heftige Stösse keinen Schmerz verursachen. An den folgenden Tagen muss nachgebessert werden, wo Lockerung eintritt. Drainageröhren verwendet A. Guérin nicht. Für den Knochenstumpf bildet er eine Periostmanchette. Die Watte vor der Verwendung auf 200° zu erhitzen, wie Pasteur räth, hält G. meist für unausführbar. Auf 20 grössere Amputationen und Resectionen hat G. 2 Todesfälle, ebenso auf 12 complicirte Fracturen; dieselben kommen aber nach seiner Darstellung nicht auf Rechnung der Verbandweise.

Chassaignac betont (No. 21) neben dem Nutzen der Occlusion den der Drainageröhren.

In No. 26 und 27 des Bull. artet die Discussion in persönliche Streitigkeiten zwischen Lefort, A. Guérin und Depaul aus.

Mögling (Schwenningen).

Colin. Sur le développement successif de foyers virulents pendant la période d'incubation des maladies virulentes.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1878. No. 10, 11, 12.)

C. impfte kleine Pflanzenfresser mit Milzbrandgift und untersuchte stündlich das venöse und arterielle Blut; bis zur 17. oder 18. Stunde nach der Impfung waren keine Bacteridien nachweisbar, bis zur 14. oder 16. Stunde trat keine erfolgreiche Impfung mit diesem Blut ein. Auch die inneren Organe, Leber, Milz etc. zeigten bis zur 12. Stunde keine Veränderung. Dagegen fanden sich bei Impfung am Hinterbein die Lymphdrüsen der betreffenden Kniekehle geschwellt und mit der 11.—12. Stunde stark infiltrirt und geröthet, sei's partiell oder total, während alle übrigen Lymphdrüsen noch intact waren. Die nächste Station bildeten die Inguinal- und Beckendrüsen derselben Seite. Bei anderen Impfstellen sind die Etappen entsprechend andere. Die inficirten Lymphdrüsen besitzen schon Virulenz etliche Stunden bevor

Bacterien in ihnen durchs Mikroskop nachweisbar sind. Pasteur entgegnet, dass das Mikroskop für den Zeitpunkt des Auftretens der Bacterien nicht entscheidend sei, es müsste erwiesen werden, dass bei Uebertragung der Drüsensubstanz in passende Nährflüssigkeit trotz der Virulenz keine Bacterien sich bilden. Daran knüpft sich ein heftiger Streit zwischen C. und P. und die Academie beschliesst, eine Commission niederzusetzen, um die Sache zu entscheiden.

Mögling (Schwenningen).

Galuzinsky. Ueber ambulatorische Behandlung der Psoriasis vulgaris.

(St. Petersb. med. Wochenschrift 1878. No. 33. p. 274.)

Wenn die erkrankten Hautflächen nicht zu gross sind, sollen auf einmal, im anderen Fall im Abstand von 2—3 Tagen die afficirten Theile mittelst eines Pinsels mit einer Mischung von 2 Drachmen Carbolsäure und 1 Unze Collodium elastic. (somit 1 : 4) überstrichen werden. Wiederholt werden die Bepinselungen, wenn kein Collodium mehr auf den Stellen haftet, andererseits müssen sie so lange fortgesetzt werden, bis die Haut weder geröthet noch infiltrirt erscheint. Die anfänglich eintretenden Schmerzen verschwinden nach 1/4 Stunde. (Die Behandlung erfordert immerhin 3 Monate.) Verf. meint, die Carbolsäure führe dabei zur Coagulation in den Capillaren.

Mögling (Schwenningen).

D. W. Cheever. Cancer of the tonsil; removal of the tumor by external incision (a second case).

(Bost. med. and surg. Journ. 1878. Vol. II. p. 134.)

Verf., der 1869 seinen ersten Fall veröffentlichte, hatte geglaubt ein bisher noch nicht versuchtes Operationsverfahren geübt zu haben, hat seitdem aber erfahren, dass Hueter 1865 von Aussen mit Durchsägung des Unterkiefers operirte, nachdem v. Langenbeck diese Methode vorher angewandt hatte; beide Fälle, in denen es sich um Sarkome gehandelt hatte, wurden nicht publicirt.

Primäres Carcinom der Tonsille ist so selten, dass Lebert unter 9118 Fällen nur 3, Sibley unter 520 6, Backer unter 500 nur 2 fand. Die bisherigen Operationsmethoden waren hauptsächlich 1) Abbrennen vom Munde aus; 2) Abtrennung durch Draht-Ecraseur vom Munde aus (Bryant); Abschneiden mit nachfolgendem Cauterium vom Munde aus (J. C. Warren); Freilegen der grossen Halsgefässe, dieselben mit Retractor schützen und Benutzung des Ecraseur vom Munde aus (Démarquay); prophylaktische Schlinge um Carotis, Drahtschlinge vom Munde aus (Velpeau).

Der starke, 37jährige Mann zeigte eine Geschwulst der rechten Tonsille, die vergeblich mit antisyphilitischen Mitteln behandelt wurde. Als secundäre Drüseninfiltration hinzutrat, musste die maligne Ge-

schwulst operativ am 4. Jan. beseitigt werden. Hautschnitt 2″ unter dem Kieferwinkel — Entfernung der erkrankten Drüse, — wird stumpfwinklig mit einem bis zur Wange reichenden Schnitt verbunden, der Lappen wird abpräparirt, dadurch das triang. digastr. freigelegt, die vom Proc. styloid. entspringende Muskelgruppe wird nach unten gezogen; Unterkiefer wird vor dem M. masset. durchsägt, Tracheotomie und Tamponade der Glottis ausgeführt. Nach Durchschneidung der M. mylohyoid. und M. constr. phar. sup. wird die nach aussen gedrängte Tonsille ohne besondere Blutung entfernt. Knochennaht des Kiefers, 14 Ligaturen kleiner Gefässe, Naht der Wunde. Ernährung per Rectum kann schon am folgenden Tage ausgesetzt werden, am 5. Trachealcanüle entfernt; am 10. Tage ist die Trachealwunde geheilt; am 22. wird der letzte Ligaturfaden weggenommen, Kiefer vereinigt. 4. Febr. Schwellung und Härte in der Unterkiefergegend, 6. Febr. Exstirpation der mit dem Sternocleid. und der Carotisscheide verwachsenen Drüse, Hautwunde bekommt fungöse Excrescenzen; verdächtige Härte an der Narbenstelle der weggenommenen Mandel, Cauterisation mit dem Galvanocauter; schnelles Recidiv, Application von 18 Glüheisen; Ende Mai ein Drittel des Halses durch maligne Geschwulst, die unberührt gelassen wird, eingenommen.

Pilz (Stettin).

W. Adams. Application of the poro-plastic felt jacket.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. 2. p. 283. — Brit. med. assoc.)

Schon früher wurde empfohlen, Kranke mit Wirbelsäulen-Verbiegung zu suspendiren. Stafford (London) übte vor 30 Jahren schon die Suspension am Kopfe, A. seit 20 Jahren an den Armen. Sayre's Verdienst ist es, die durch die Suspension erlangte Verbesserung der Stellung durch einen fest anschliessenden Verband permanent zu erhalten. An Stelle des unbequemen Gipsverbandes empfiehlt A. Jackets aus Croocking's poro-plastischem Filze, die sich nach eigener Erfahrung und denen von Fischer und Ernst durchaus bewährt haben. Es wird ein annähernd passendes Jacket aus dem Stoffe gemacht, das Kind in Suspension gebracht, der Rumpf mit einer Lage Watte umhüllt, das erhitze Jacket nun genau angelegt, nach 2 Minuten ist es abgekühlt, genau der Körperform angeschmiegt; mittelst Schnallvorrichtungen wird es geschlossen. Dieses Jacket bietet weiterhin den Vortheil, dass es zu jeder Zeit ab- und wieder angelegt werden kann, selbst den, dass wenn die Wirbelsäulenverbiegung sich gebessert hat, es nicht verworfen zu werden, sondern nur von Neuem erhitzt und angelegt zu werden braucht, um genau wieder zu passen. So kann 1 Verband 1 Jahr und länger benutzt werden. In der Sitzung legt A. einen solchen Verband an. **Pilz** (Stettin).

Jourowsky. Beiträge zur Behandlung der Kniescheibenbrüche.

Inaug.-Diss. Strassburg. 1878.

Nach der Kritik der älteren und neueren Methoden der Behandlung der Kniescheibenbrüche giebt er das seit einiger Zeit an der Strassburger Klinik mit Erfolg geübte Verfahren an. Dieses besteht darin, dass der die Cooptation der Fragmente hindernde Erguss im Gelenk durch Aspiration entfernt wird, jedoch ohne nachfolgende Ausspülung des Gelenks mit verdünnter Carbolsäurelösung. Nachher wird das Glied auf eine Resectionsschiene gelagert (man kann dazu eine genügend lange »Fussgelenksresectionsschiene« nehmen, Ref.) und daselbst mit Gipsbinden so befestigt, dass der eine Theil des Gipsverbandes von den Zehen bis zur Tuberositas tibiae etwa, der andere von der Hüfte bis zum unteren Drittel des Oberschenkels reicht, den letzteren also hinreichend fixirt, so dass von der ganzen Extremität nur die Gegend des Kniegelenks vom Verband frei bleibt.

Oberhalb und unterhalb des Gelenks, entsprechend ungefähr der oberen Grenze des unteren, und der unteren des oberen Gipsverbandes wird an der Lagerungsschiene je ein Querbrettchen, dessen Enden genügend weit vorstehen, befestigt. (Am besten mittelst einiger Schrauben. Ref.) Eine elastische Binde wird nun so um das Gelenk gelegt, dass sie vom unteren Querholz ausgehend in Achtertouren, die Fragmente zwischen sich fassend, abwechselnd am unteren und oberen Querholz ihren Anhaltspunkt findet, die Fragmente dadurch nicht allein einander nähert, sondern dauernd in Contact erhält. Selbstverständlich muss man beim Anlegen und Anziehen der Binde vorsichtig zu Werke gehen, um nicht durch zu stark ausgeübten Zug Gangrän der Haut u. s. w. zu verursachen.

Einige Krankengeschichten erläutern das Verfahren.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

Buren. Death from ether and chloroform.

(The chicag. med. Journ. and Examin. 1878. März.)

Eine 32jährige Dame, die als notorische Opiumesserin bekannt war, starb beim Inhaliren einer Mischung von 2 Theilen Aether und 1 Theil Chloroform. Die Pat. hatte, was der Arzt erst hinterher in Erfahrung brachte, wenige Stunden vor der Operation, — Sphincterotomie — eine grössere Dosis Morphium zu sich genommen. Die Obduction ist nicht gemacht worden.

Langenbuch (Berlin).

M. Ramdohr. Ein Fall von angeborenem multiplem Sarkom.

(Virch. Arch. Bd. LXXIII. p. 459.)

Verf. vermehrt die Casuistik der angebornen Tumoren um einen Fall von Sarkom, welches an 38 Stellen localisirt war, und sich vornehmlich durch eine grosse Anzahl von Metastasen auf der äussern Haut (22) auszeichnete. Das Kind

hatte nach der Geburt gelebt und war einer Blutung aus einem am Kinn befindlichen grossen Tumor erlegen. **Lassar** (Berlin).

Schell. Foreign body in the tympanum.

(Phil. med. times 1878. August 3.)

Dem 55 Jahre alten Manne war im Schfafe von seiner Frau geschmolzenes Blei ins rechte Ohr gegossen worden. Er sprang sofort auf, schüttelte stark mit dem Kopfe, in Folge dessen Stückchen Blei, noch weich, auf den Boden fielen, welche er 3 Tage später mit zur Klinik brachte. Hier wurde hochgradige Verbrennung der Ohrmuschel und des Gehörganges constatirt, es floss eine reichliche, mit Flocken untermischte Flüssigkeit aus. Vom Trommelfell war nur ein feiner Randstreifen zu sehen, ferner ein Theil des Hammergriffes, sonst war Alles in der Tiefe mit Blei ausgegossen. Vollständige Lähmung des rechten Facialis und der Chorda tympani, welche bereits 2—3 Minuten nach der Einflössung auftrat und sich auch in der Folge nicht im Geringsten besserte. Starkes Schwindelgefühl. Extractionsversuche misslangen. Das Blei wurde erst nach 7 Tagen etwas mobil; jedoch gelang die Entfernung (in 1 Stück) erst nach $2^1/_2$ Monat mittelst der Zange nach Spaltung der Narbenmassen im Gehörgang. Das Blei wog 1,08 g. Der Hammergriff war in seine Aussenfläche eingebettet. Nach 2 Monaten war jeglicher Ausfluss verschwunden. Fast vollständige Taubheit. Die an die Zähne gesetzte Stimmgabel wurde rechts nicht gehört. Rau (Medicin.-chirurg. Zeitung 1852. No. 39.) berichtet einen ähnlichen Fall.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Fardon. Dislocation of the sternal end of clavicle. — Middlesex hospital.

(Med. times and gaz. 1878. April 6.)

20jährige gesunde Schneiderin bemerkt seit etwa $^1/_2$ Jahre, dass sie allmälig ihren rechten Arm nicht mehr so gut brauchen konnte, wie früher, besonders beim Heben von schweren Lasten. Seit sechs Wochen leichte Anschwellung an dem sternalen Ende des Schlüsselbeins. Am Tage der Aufnahme fühlte Pat. beim Nähen einen kleinen Ruck in dieser Gegend, ohne besonderen Schmerz: sofort Unfähigkeit den Arm zu bewegen. Das sternale Ende des Schlüsselbeins fand sich auf die vordere Fläche des Brustbeins dislocirt; das Gelenk selbst bot keine Zeichen einer Entzündung oder einer anderweitigen krankhaften Veränderung dar. Reduction leicht und schmerzlos. Drei Wochen lang Bandagiren der rechten Hand auf die linke Schulter. Dann entlassen mit einer aus zwei Pelotten bestehenden Bandage, von denen die eine zwischen den Schultern, die andere auf das sternale Ende des Schlüsselbeins zu liegen kam; beide waren durch eine Stahlfeder verbunden. Später mit völlig normaler Function wieder vorgestellt.

H. Wildt (Berlin).

Th. Kocher. »Primäres« Achseldrüsencarcinom nach chronischer (carcinomatöser) Mastitis.

(Virch. Arch. Bd. LXXIII. Hft. 3.)

Unter diesem Titel theilt K. folgende Krankengeschichte mit: Eine 40jährige Frau hatte durch einen Holzklotz einen Stoss gegen die linke Mamma erhalten Bald darauf entwickelte sich ein Leiden, welches die klinischen Symptome einer chronischen Mastitis zeigte, in dessen Verlauf aber die betreffenden Achseldrüsen so beträchtlich anwuchsen, dass zu ihrer Exstirpation geschritten werden musste. Da die mikroskopische Diagnose auf Carcinom lautete, so wurde jetzt auch die Mamma entfernt, obgleich eine krebsverdächtige Stelle in derselben durch die Untersuchung nicht nachgewiesen werden konnte. Der anatomische Befund des exstirpirten Organs (Prof. Langhans) ergab für die eine Hälfte das normale Aussehen einer bindegewebsreichen, läppchenarmen Drüse, während in der andern

Hälfte ein umschriebener Krebsknoten von 1 cm Durchmesser, mehrere diffuse krebsige Infiltrationen und zahlreiche mikroskopische Heerde und carcinomgefüllte Lymphgefässe vorhanden waren. Ausserdem fand Langhans in diesem Theil der Drüse zahlreiche erweiterte Drüsenbläschen, welche eine verdickte Epithelauskleidung besassen und die derselbe als im Uebergangsstadium zur krebsigen Degeneration begriffen, aufgefasst haben will; ferner stellenweise Zellinfiltration des anstossenden Bindegewebes. K. sieht sich geneigt, die intraacinösen Epithelwucherungen als den Ausdruck einer carcinomatösen Mastitis aufzufassen und legt auf das Vorhandensein der eigentlichen Krebsknoten nur so weit Gewicht, als er sie sich als fortgeschrittenes Stadium einer diffussen Affection vorstellt. Trotz alledem wird nicht klar, aus welchen Gründen Verf. die Achseldrüsen-Affection für ein primäres Carcinom ansieht, da sie doch im Gefolge einer krebsigen Brustdrüsen-Erkrankung entstanden ist. **Lassar** (Berlin).

Lund. Large axillary aneurysm; cured by digital compression.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 643.)

Die 60 jährige Frau fühlte vor 1 Jahre beim Waschen plötzlich einen heftigen, stechenden Schmerz im Arme; derselbe wurde kühl, bläulich, kraft- und gefühllos. Diese Erscheinungen gingen bis auf die Schwäche schnell zurück. 2 Monate später bemerkte Pat. eine Anschwellung in der Achselhöhle und unter dem Schlüsselbeine; die Schwäche des Armes nahm zu. Bei der Untersuchung der Brust fand ein Arzt das ausgesprochene Aneurysma axillare. Jetzt reicht von der Clavicula im Verlaufe der Axillaris eine pulsirende Schwellung in die Achselhöhle hinein, die auf Compression der Subclavia verschwindet; Radialis und Ulnaris des rechten Armes weichen in Nichts von denen der gesunden Seite ab. Bewegungen des Armes waren sehr schmerzhaft. Digitalcompression durch 10 Stunden liess das Aneurysma etwas fester werden, änderte aber nicht die pulsatorischen Phänomene; die Nacht hindurch wurde ein konischer Schrotsack auf die Subclavia applicirt. (Morph.) Am folgenden Tage war das Aneurysma fester, der Radialpuls kleiner. Eingeschränkte Diät, absolute Ruhe, Jodkalium 0,5 g. 3 Mal täglich; durch erneute Digitalcompression. 7½ Stunden lang wurde die Pulsation im Sacke beträchtlich vermindert; Puls der Radialis sehr schwach. Schliesslich erschien das Aneurysma consolidirt, keine Spur von Puls an Radialis und Ulnaris; Arm warm. Pat. wurde noch einige Zeit in absoluter Ruhe gehalten. Dann erlaubte man leichte Bewegung, und konnte Pat. endlich vollkommen geheilt entlassen werden.

Pilz (Stettin).

Féréol. Empyème pratiqué au moyen du thermo-cautère.

(Bull. de la Société de Chir. de Paris. Tome III. No. 7. Séance du 4 juillet.)

F. giebt folgendes Raisonnement von der Operation und dem Verlauf: Die Operation währte 15 Minuten, war sehr schmerzhaft; die Pleura wurde mit dem Bistouri incidirt. Es war keine Ligatur erforderlich, eine kleine spritzende Muskelarterie stand bei Berührung mit dem Instrument. Seit dem 3. Tage nahm die Wunde an Ausdehnung zu, das Periost wurde gangränös, die Rippe über 1 cm blossgelegt; nach 5—6 Tagen war die Wunde immer noch grau, die geschwollenen Ränder flachten sich ab und dehnten sich immer noch aus. Am 8. Tage entstand eine erhebliche Nachblutung aus dem Winkel der nun erst granulirenden Wunde, die durch Compression derselben gestillt wurde. Den Schattenseiten der Dauer und Schmerzhaftigkeit der Operation sowie der Gefahr der Nachblutungen und der nachfolgenden Vergrösserung der Wunde stehen als Vortheile nur die Blutlosigkeit der Operation und die Vermeidung der Resorption septischer Stoffe seitens der Wunde, falls es sich um putride Empyeme handelt, gegenüber. F. möchte sie deshalb höchstens in letzteren Fällen gemacht wissen, empfiehlt aber dann die Wunde möglichst klein zu machen, sonst könne der nachträgliche Zerfall selbst zur Arro-

sion der Art. intercostalis führen. In der nachfolgenden Discussion wird den Ansichten F.'s allseitig zugestimmt. **Boeters** (Berlin).

Jacubasch. Bajonettstich durch den Unterleib.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 22.)

Im Laufschritt fiel ein Soldat hintenüber, sein Hintermann rannte sich dabei das Bajonett desselben durch den Leib, so dass die Spitze hinten fünf cm heraussah. Die Eingangsöffnung sass in der linken Mamillarlinie 2 cm unter dem freien Rippenbogen, die Ausgangsöffnung im 11. Intercostalraume dicht über der 12. Rippe. Die Heilung erfolgte ohne Eiterung schnell, und scheint keine Verletzung eines wichtigen Organs stattgefunden zu haben. **v. Mosengeil** (Bonn).

Derselbe. Bruch des knöchernen Gehörganges in Folge eines Hufschlages.

(Ebendaselbst.)

Ein Soldat erhielt einen Hufschlag an das Kinn, wonach aus beiden Ohren Blut floss. Bruch der Schädelbasis musste ausgeschlossen werden und lag wohl nur Bruch der unteren Platte des äusseren knöchernen Gehörgangs vor, die den Stoss auszuhalten hat, wenn er in der Richtung der Axe der Unterkieferäste erfolgt. Ein Knochensplitter zeigte sich später im Gehörgang.
v. Mosengeil (Bonn).

Bryant. Ovarian tumor — incision into cyst — cured.

(Med. times and gaz. 1878. April 27.)

20jähriges Mädchen kam mit einer Anschwellung des Abdomen, etwa wie im 7. Monat der Schwangerschaft, 35¼ Zoll im Umfang; deutliche Fluctuation, gedämpfter Percussionsschall. Vor acht Monaten zuerst Anschwellung in der rechten Seite, Schmerzen, die in den Oberschenkel ausstrahlten. Der Tumor erweist sich bei der Untersuchung als Ovariencyste. — Incision in der Mittellinie unterhalb des Nabels, 3 Zoll lang. Sehr starke Verwachsung der Cyste mit der Bauchwand. Incision in die Cyste entleerte mehrere Quart einer strohgelben Flüssigkeit mit Fibrinflocken, Ausspritzen der Cyste mit Jodlösung, Einnähen derselben in die Bauchwand, Drainage, Carbolgazeverband. Bei täglicher Ausspülung der Cyste mit Jodlösung verkleinerte sich dieselbe rapid. 2½ Monat nach der Operation war die ganze Höhle ausgeheilt, der Umfang des Abdomen betrug 28 Zoll. Pat. verliess das Spital in voller Gesundheit. **H. Wildt** (Berlin).

A. W. Stocks. Malposition of testis.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. II. p. 802.)

Ein 24jähriger Mann, Vater von 3 Kindern, bekam nach Schlag gegen den Unterleib eine Hernie. Bei der Untersuchung wurde erkannt, dass in dem sonst normalen Scrotum sich nur ein Hode befand, der rechte, rudimentär entwickelte Hode lag in einem eigenen, zweiten, kleineren Hodensack, der zwischen dem normalen Scrotum und dem rechten Schenkel auf dem ramus desc. pubis gelagert erschien, es liess sich deutlich der hierhin laufende Samenstrang verfolgen, seinem Laufe war die entstandene Leistenhernie gefolgt. Pat. hatte bisher stets geglaubt nur einen Hoden zu besitzen. **Pilz** (Stettin).

Berkley-Hill. The searche for minute concretions with the microphone.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. II. p. 56.)

Ein auf Blasenstein verdächtiger Pat. war vergeblich mit der Sonde auf Stein untersucht worden; nachdem die Sonde vor dem Handgriff mit einem Mikrophon in Verbindung gesetzt und mit 2 Telephonen versehen war, wurde sie wieder ein-

geführt und die Telephone dem Beobachter übergeben. Dieser hörte jetzt deutlich an bestimmter Stelle einen »kratzenden Ton«, dieser Ton war ohne Telephon nicht zu hören, auch konnte der Untersuchende mit der Sonde nichts fühlen. Die Blase wurde jetzt mit Clover's »Waschflasche« ausgespült, sie entfernte klebrigen Schleim und zwei durch zähen Schleim zusammengehaltene Phosphatstückchen. So dient das Mikrophon zur Erweiterung der Diagnostik und lässt schon Massen diagnosticiren, die nicht so hart sind, dass sie mit der einfachen Sonde nachgewiesen werden können. **Pilz** (Stettin).

Hoffmann. Messungen der Capacität der Harnblase.

(Correspondenzbl. für schweiz. Aerzte 1878.)

An 200 Leichen und 120 Lebenden ergaben sich für Männer: todt 735 ccm, lebend 700ccm; Weiber todt 680, lebend 650ccm; aus der Uebereinstimmung schliesst H. auf die Gültigkeit der Resultate. **Pauly** (Posen).

Nicaise. Contusion de la fesse. — Rupture de l'artère fessière — Epanchement sanguin à répétition. — Forcipressure appliquée sur l'artère.

(Bull. de la Société de Chir. de Paris. Tome III. No. 7. Séance du 4 juillet).

Ein Mann, 41 Jahr alt, hatte sich durch einen Fall auf das Gesäss aus der Höhe von 4 Stockwerken einen starken Bluterguss in die Glutäen der linken Seite zugezogen; beträchtliche Schwellung der betreffenden Seite, die erst allmälig abnahm. Nach einigen Wochen bei einem Gehversuch erneuter Erguss, beträchtliche Geschwulst, auf die wochenlang fortgesetzte Ruhe ohne Einfluss blieb; dagegen traten Druckerscheinungen seitens des N. ischiadicus auf. N. incidirte und gelangte in eine grosse mit Blutgerinnseln gefüllte Tasche, aus der jedoch keine neue Blutung stattfand, Druckverband. Am folgenden Tage neue Blutung, die sich durch Compression nicht stillen liess, dazu Verjauchung des Inhaltes, wiederholte Fröste und Fieber. In Folge dessen Spaltung des Sackes durch einen grossen Kreuzschnitt; es fand sich ein Ast der Art. glutaea gerade am Rande der Incisura ischiadica durchgerissen; derselbe wurde durch eine Pincette à demeure comprimirt. Sorgfältige Reinigung der Wunde, Carbolumschläge. Allmäliger Abfall des Fiebers; nach 3 Tagen fiel die Pincette ab. Nach 30 Tagen secundäre Naht der granulirenden Lappen mit Silberdraht und Gummiröhren, welche über Häkchen, die mit Collodium an die Lappen befestigt waren, geschnürt wurden. Nach 6 Wochen völlige Heilung bis auf geringe neuralgische Schmerzen im Verlauf des Ischiadicus, die sich nach einer Behandlung mit Vesicantien milderten.

Boeters (Berlin).

B. Johnen. Ein Fall von geheilter Oberschenkelexarticulation bei einem 7jährigen Knaben. —

(Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. IX.)

Wegen einer ausgedehnten Eiterung im Femur-Marke wurde statt einer beabsichtigten Hüft-Resection die Enucleation mit Cirkelschnitt, combinirt mit dem zur Resection nöthig gewesenen Verticalschnitte ausgeführt. Es erfolgte primäre Heilung des Cirkelschnittes; aus dem Längsschnitte eiterte es noch lange Zeit.

Der Verf. operirte und verband nicht unter antiseptischen Cautelen, weil er mit seiner bisherigen Amputationsstatistik vollständig zufrieden ist; es kommen nämlich auf 39 Amputationen und Enucleationen, welche in den letzten Jahren im Hospitale (der Name desselben ist nicht angegeben, Ref.) ausgeführt wurden, 35 Heilungen und nur 4 Todesfälle. **Wölfler** (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 43. **Sonnabend, den 26. October.** **1878.**

Experimentelle Untersuchungen über die Genese der skrophulösen und tuberkulösen Gelenkentzündungen.

Von

Dr. **Max Schüller**,

Privatdocent in Greifswald.

Zu dem Versuche, die schwierige Frage nach der Genese der skrophulösen und tuberkulösen Gelenkentzündungen auf experimentellem Wege einer Lösung nahe zu bringen, wurde ich wesentlich bestimmt durch die oft wiederkehrende Beobachtung, dass solche schwere Gelenkentzündungen in einzelnen Fällen durch äusserst geringfügige Veranlassungen hervorgerufen werden. Besonders häufig begegnet man der Angabe, dass ein Stoss, ein Schlag, ein Fall auf das Gelenk die Veranlassung gegeben habe. Ich selber konnte in mehreren Fällen die Entwicklung der schwersten derartiger Ge-

lenkentzündungen speciell des Tumor albus nach einer unbedeutenden subcutanen Verletzung verfolgen. Fragt man sich, warum in solchen Fällen eine an sich unbedeutende Verletzung einen so folgenschweren Entzündungsprocess nach sich zieht, während dieselbe Verletzung bei anderen Individuen gar keine Folgen hat, so wird man nothwendiger Weise zu der Vorstellung hingedrängt, dass bei jenen Individuen eine besondere Beschaffenheit des Blutes und der Gewebe dazu disponirt, dass die Gelenke auf einfache traumatische Einwirkungen mit der charakteristischen Entzündung reagiren. Ob nun diese supponirte besondere Beschaffenheit des Blutes und der Gewebe solcher Individuen, welche wir gewöhnlich als skrophulöse resp. tuberkulöse anzusehen pflegen, in einer veränderten Zusammensetzung der wesentlichen Bestandtheile beruht, oder aber bedingt wird durch die Anwesenheit (resp. durch das Eindringen) fremder Substanzen (oder Organismen), welche als Entzündungserreger wirken, und zwar derart, dass durch ihre Anwesenheit die sonst normalen Gewebe bei der Einwirkung an sich geringfügiger äusserer Reize zu einer charakteristischen Entzündung veranlasst werden, — das lasse ich vorläufig dahingestellt. Jedenfalls schien mir hier ein Angriffspunkt für meine experimentellen Untersuchungen gegeben. Es galt eben zunächst zu untersuchen, ob und unter welchen Bedingungen sich durch eingeführte Substanzen vom Blute (und den Lungen) aus Entzündungen an Verletzungsstellen erzeugen lassen, dann aber womöglich eine der Skrophulose oder Tuberkulose des Menschen analoge Allgemeinerkrankung beim Thier hervorzurufen und die Einwirkungen der gleichen äusseren Reize auf die Gelenke zu prüfen, welche beim Menschen eine häufige Gelegenheitsursache der skrophulösen und tuberkulösen Entzündungsprocesse abgeben.

Die Ergebnisse besonders der letzteren Versuche, mit welchen ich seit dem März dieses Jahres beschäftigt bin, veranlassen mich ihres besonderen Interesses wegen, eine kurze Mittheilung der ausführlichen Veröffentlichung, welche erst später erfolgen kann, vorauszuschicken. Ich bemerke noch, dass ich die Versuche zum Theil zusammen mit Herrn Dd. Reinstadler, derzeitig. Unterarzt der chirurgischen Poliklinik angestellt habe.

Bei Kaninchen und Hunden spritzte ich entweder durch eine tracheotomische Wun de, oder direct durch die Brustwandungen mit der Hohlnadel einer Pravaz'schen Spritze tuberkulöse Sputa, zerkleinerte Massen aus tuberkulösen Menschenlungen[1]), meist aber aus solchen durch dreifach wiederholte Züchtung (nach Klebs' Vorschriften in Bergmann'scher Lösung) gewonnene bacterienhaltige Flüssigkeit in die Lungen ein. In einigen Fällen liess ich dieselben auch durch einen Inhalationsapparat in einem geschlossenen Kasten zerstäuben, in welchen die Thiere hineingesetzt wurden. Dies

---

[1]) Herr Professor Grohé hatte die Güte, mir Stücken aus frisch obducirten Leichen zu diesen Versuchen zur Verfügung zu stellen.

wurde mehrere Tage lang wiederholt und stets etwa eine halbe Stunde durchgeführt. — Sodann wurde den sämmtlichen Thieren ein subcutanes Gelenktrauma', eine Contusion oder Distorsion beigebracht, und zwar stets an einem Kniegelenk.

Kleinere Thiere gingen danach sehr rasch zu Grunde, ob in Folge der Infection, ob in Folge etwaiger ungünstiger Ernährungsbedingungen steht dahin. Grössere Thiere überlebten die Injectionen mehrere Wochen bis zu 2 Monaten. Die Mehrzahl derselben haben wir jedoch bislang nach Ablauf einer gewissen Zeit getödtet, um die initialen Veränderungen an den Gelenken kennen zu lernen. Mit Ausnahme nur sehr weniger Fälle entwickelte sich nämlich an dem traumatisch afficirten Kniegelenke eine *Gelenkentzündung*, welche wesentlich in einer *pannösen Wucherung resp. in Granulationsbildung der Synovialis*, vor Allem aber in *einer sehr erheblichen Auftreibung der Gelenkkörper* besteht, welche sich schon äusserlich in einer Verdickung des ganzen Gelenkes bemerkbar macht. In einigen Fällen kam es zu einer Gelenkeiterung. Die Knorpel sind meist nur getrübt, die knöchernen Theile des Gelenkes dagegen durchgehends gleichmässig und meist sehr beträchtlich verbreitert. Sie lassen sich leichter durchschneiden, die Maschen der Spongiosa erscheinen weiter und blutreicher. Erweichungsherde liessen sich bislang makroskopisch nicht nachweisen. Die gleichen Gelenktraumen bei sonst gesunden Thieren haben, wie Controleversuche lehren, niemals derartige Erscheinungen zur Folge. Die anfänglich eintretende (vom Bluterguss abhängige) Schwellung des Gelenkes verschwindet rasch, so dass nach 8 bis 10 Tagen nichts mehr zu bemerken ist. Auch die mikroskopische Untersuchung vermag keine Entzündungserscheinungen nachzuweisen. —

Einer Anzahl von Thieren wurden dieselben Massen direct in das Gelenk injicirt. Auch hier kommt es zu ähnlichen Gelenkentzündungen. Doch war die Knochenauftreibung nie so stark wie bei den vorigen Versuchen. Der granulirenden hyperplasirenden Gelenkentzündung sehr ähnliche Processe lassen sich ferner, wie ich schon vor drei Jahren gelegentlich der Versuche über septische Infection (vergl. deutsche Zeitschr. für Chirurgie Bd. VI.) fand, sehr leicht durch Injectionen von faulem Blut und überhaupt von Fäulnissflüssigkeiten in die Gelenke erzeugen.

Mir scheinen aber besonders die ersterwähnten Versuche für die Lösung meiner Aufgabe wichtig, weil sie in der That den Nachweis liefern, dass unter dem Einflusse einer Allgemeininfection durch subcutane traumatische Einwirkungen auf die Gelenke, welche an sich niemals Entzündung verursachen, charakteristische Gelenkentzündungen entstehen, welche den Initialformen der beim Menschen beobachteten skrophulösen und tuberkulösen Entzündungsprocesse an den Gelenken sehr ähnlich sind. Es steht zu hoffen, dass es, wenn ich die Thiere länger leben lasse, noch gelingen wird, auch die fortgeschrittneren Entzündungsformen zu erzeugen.

In den Lungen war makroskopisch oft nur eine stärkere Blutfüllung oder nur wenige Tuberkel nachweisbar, mehr gewöhnlich mikroskopisch. Bei einem Hunde dagegen fanden wir (nach directer Einspritzung) die Lungen, Pleuren, das Pericard, die Leber von Tausenden perlgrauer miliarer Knötchen durchsetzt. — In den Gelenken habe ich bislang (makroskopisch) noch keine Tuberkel gesehen. — Bronchial- und Mesenterialdrüsen sind stets stark geschwellt.

Die Versuche werden unter mannigfaltigeren Bedingungen noch fortgesetzt und später unter eingehender Prüfung aller Resultate nebst den histologischen Ergebnissen der Präparate ausführlich mitgetheilt werden.

Greifswald, 6. Oct. 1878.

A. Horvath. Ueber den Einfluss der Ruhe und der Bewegung auf das Leben.

(Pflüger's Archiv Bd. XVII. p. 125—134.)

Von theoretischen Erwägungen ausgehend und auf Grund einer Reihe von Erfahrungen, so z. B., dass in das Gefässsystem injicirte Bacterien darin meist verschwinden oder wenigstens sich nicht vermehren und wenn sie bei der Section gefunden werden, dann meistens nicht in den von lebhaft circulirendem Blute durchsetzten Arterien, sondern vielmehr in den ihren Inhalt träge bewegenden Lymphgefässen stecken, hat H. sich die Vorstellung gebildet, dass zum Gedeihen lebender Wesen ausser den 4 Hauptbedingungen: Wärme, Licht, Sauerstoff und gewisse Nährstoffe, auch insbesondere eine gewisse Ruhe erforderlich ist. Es ist bekannt, dass in geeigneter Nährflüssigkeit, z. B. der von Pasteur oder Cohn angegebenen, Bacterien sich ausserordentlich schnell und reichlich vermehren. H. verwandte eine Nährflüssigkeit, die auf 1 l Wasser 10 g neutrales weinsteinsaures Ammoniak, je 5 g saures phosphorsaures Kali und schwefelsaure Magnesia und 0,5 g Chlorkalium enthält; dieselbe war, filtrirt, vollkommen klar und wurde kurz vor jedem Versuche mit wenigen Tropfen einer von Bacterien wimmelnden Züchtungsflüssigkeit versetzt. Dann wurden an beiden Enden rund zugeschmolzene, vorher ausgeglühte Glasröhren zur Hälfte mit der beschriebenen Flüssigkeit gefüllt und sicher verschlossen; die in den nur halb gefüllten Röhren eingeschlossene Luft sollte den für die Entwickelung der Bacterien nöthigen Sauerstoff liefern. Ein Theil dieser Röhren wurde dann auf ein Brett befestigt, dass durch einen Wassermotor etwa 100 Mal pro Minute in eine Bewegung von $^1/_4$ m Umfang versetzt wurde, so dass ein stetes, gleichmässiges Schütteln des Röhreninhaltes dadurch zu Stande kam. In demselben Raum (bei 24—26° C.) wurde der andere Theil der Röhren mit demselben Inhalt der Ruhe überlassen. Während diese nach 24 Stunden infolge von Bacterienvermehrung stark trübe geworden waren, sind jene, die geschüttelten Röhren, vollständig klar geblieben. Wurden die letzteren nun in den Brut-

ofen gebracht und dort gelassen, so trat auch in ihnen starke Trübung ein. War dagegen das Schütteln durch 48 Stunden hindurch fortgesetzt worden und wurden nun die durchaus klar gebliebenen Röhren im Brütofen bis zu 2 Tagen der Ruhe überlassen, so blieben sie auch jetzt klar, Bacterienentwicklung trat nicht auf. Aus diesen Versuchen geht somit nach H. die bedeutungsvolle Thatsache hervor, dass durch eine continuirliche Bewegung durch 24 Stunden die Vermehrung der Bacterien gehindert, durch länger fortgesetzte (48 Stunden) Bewegung ihre Fähigkeit der Vermehrung aufgehoben wird. Diese Erfahrung dürfte wohl in der Lehre von der Vermehrung der Pilze und ihren Schicksalen im Organismus manches Dunkel aufzuklären im Stande sein. **J. Munk** (Berlin).

Jeanneret. Ueber Zersetzung von Proteinsubstanzen durch geformte Pancreasfermente bei Luftabschluss. (Med. pharm. Bezirksverein des Berner Mittellandes 16. Januar 1877.)

(Correspondenzblatt für schweiz. Aerzte 1878. No. 6.)

Ein Glaskolben, dessen Inhalt (Eiweiss, Gelatine) im Sieden erhalten wird, wird mit einem einfach durchbohrten Kautschuckpfropfen verschlossen, aus dem eine 2 Mal rechtwinklig gebogene Glasröhre emporsteigt, die vermittelst Gummirohr und Glasansatz wiederum in siedendes Wasser eintaucht. Nach Austreibung sämmtlicher Luft, Verschluss des Gummirohrs mittels Péan'scher Pincette, Lüftung des Korkes und Hineinwerfen eines ausgeglühten Platinatiegels mit ganz frischer Pancreassubstanz. Wiederum wird der Pfropf aufgesetzt, kein Luftbläschen bleibt im Apparat. Wasserbad von 40° C. Das Resultat ist: Fäulniss d. h. Zersetzung N-haltiger Substanz durch Bacterien, hier Pancreasbacterien, ist ebensogut bei aufgehobenem Luftzutritt möglich, geht nur viel langsamer vor sich, führt aber zu den gleichen (quant. und qualit.) chemischen einfachen Verbindungen. Bei der Discussion wird für den Begriff der Fäulniss die Anwesenheit stinkender Gase als zwar constant, aber nicht charakteristisch betont (Prof. Nencki). Prof. Kocher hebt hervor, dass gerade darauf, dass die Fäulniss bei Luftabschluss langsamer vor sich geht, als bei Luftzutritt, der Lister-Verband beruhe. Auch dass aus dem Innern des Körpers Fäulniss kommen könne, betont Kocher. J. fand in dem aufgemeisselten Marke eines Lebenden vollkommene Fäulniss. Nencki betont die bisherige geringe Kenntniss über die Keime in unserm Organismus.

Pauly (Posen).

J. Bernstein (unter Mitwirkung von R. Marchand und K. Schoenlein). Versuche zur Innervation der Blutgefässe.

(Pflueger's Arch. Bd. XV. p. 575.)

Goltz hatte gefunden, dass, wenn man auf die Abtrennung des Lendenmarks nach 4—5 Tagen die Durchschneidung eines Hüftner-

ven hat folgen lassen, nach weiteren 3—5 Tagen auf Reizung des durchschnittenen Nerven (mechanisch durch oberflächliches Einschneiden, ausgeführt) eine erhebliche Temperatursteigerung bis zu 10° C. in der entsprechenden Hinterpfote eintritt. Diesen Versuch bestätigen zunächst Verff.; nach ihnen ändert Curarisirung des Versuchsthieres an diesem Erfolge nichts. Die Temperatursteigerung fanden sie um so grösser ausfallend, je niedriger die Temperatur der Umgebung, also auch der Pfoten, vor dem Versuch war. Die grösste Temperatursteigerung erzielten sie dem entsprechend, wenn sie vor dem Versuche die Pfotentemperatur durch Eintauchen in ein abgekühltes Wasserbad herabdrückten. Bei dieser Versuchsanordnung (vorheriges Einbringen der Pfoten in eiskaltes Wasser) kann man sogar durch jede wirksame Reizung des frisch durchschnittenen Nerven ein beträchtliches Ansteigen der Temperatur in der entsprechenden Pfote herbeiführen. Liessen sie das Hinterbein eines eben getödteten Hundes künstlich (mit dem eigenen Blute desselben) durchbluten, so nahm die Stromgeschwindigkeit, in Uebereinstimmung mit den Angaben von Mosso innerhalb der ersten Viertelstunde schnell ab und erhob sich allmälig auf eine constante Grösse. Wurde nun der Hüftnerv gereizt, so erfolgte eine deutliche Beschleunigung des Blutstroms. Es bildet dieser haemodynamische Versuch ein schönes Analogon des oben erwähnten Goltz'schen thermometrischen Versuchs an lebenden Thieren. Auf Grund ihrer Versuche halten Verff. die Hypothese von hemmenden Gefässnerven für sehr wahrscheinlich, ohne indess der weiteren Annahme von peripheren Centren in der Gefässwand selbst zuzuneigen; sie halten es für nicht unmöglich, dass den glatten Gefässmuskeln selbst »gewisse vitale Fähigkeiten« zukommen, die zur Erklärung der beobachteten Erscheinungen ausreichen dürften. **J. Munk** (Berlin).

L. Mayer. Zur Resorption des Catgut.

(Deutsche Zeitschrift für Chir. 1878. Bd. IX.)

Wenn Catgutfäden in Kalkwasser, Blutserum, Eiter, Galle, Urin, in Wunden gelegt, und dann untersucht wurden, so zeigte sich im Allgemeinen immer, dass der Faden sich leicht in Fibrillen isoliren liess, und die Kittsubstanz gelöst war; in der Wunde, im Kalkwasser und Blutserum zeigten die Fibrillen auch körnigen Zerfall. —

Wenn Sehnen mit Catgut genäht wurden, oder Catgutfäden in Leberwunden lebender Thiere gebracht und 5 Wochen später untersucht wurden, so fand M. den Faden, der an seinem Umfange erweicht, rissig und in körnigen Detritus zerfallen, in seinem Centrum aber noch vollständig erhalten war, stets von einer Bindegewebskapsel umgeben, deren Dicke in der Leber nahezu einen mm betrug.

M. konnte demnach nicht wie Lister finden, dass der Catgut-

faden als solcher in Bindegewebe übergehe, sondern constatirte, dass er unter den geringsten entzündlichen Erscheinungen abgekapselt werde, um vielleicht erst nach Monaten vollständig aufgelöst zu werden. **Wölfler** (Wien).

Hofmokl. Jahresbericht der chirurgischen Abtheilung des Leopoldstädter Kinderspitals vom 26. Januar 1873 bis Ende 1876—1878.

Verf. hat bei der Casuistik zum Eintheilungsgrunde für die Einzelgruppen die verschiedenen Krankheitsformen gewählt und handelt sie in alphabetischer Ordnung ab. Am Ende jeder Gruppe werden einige allgemeine Bemerkungen über Diagnose und Aetiologie und Therapie gemacht. Im Wesentlichen enthält der Bericht nur eine nackte Aufzählung eines Materials von 140 Fällen, von denen 67 geheilt, 31 gebessert, 8 ungeheilt, 34 gestorben sind. 10 blieben in Behandlung, Operationen wurden sehr wenige ausgeführt. Die 3 gemachten Hüftgelenkresectionen endeten letal; 2 starben trotz Anwendung von Lister an Pyämie. Von 7 Tracheotomirten starben 5. Der Gebrauch des scharfen Löffels wird nur ausnahmsweise für nöthig gehalten. Bei cariösen Knochenaffectionen wird seiner nicht erwähnt.

Die Wundbehandlung war im Allgemeinen die offene, nur ausnahmsweise die antiseptische. **Binne** (Berlin).

Lannelongue. De l'uranoplastie ostéo-muqueuse.

(Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris. Tome III. No. 7. — Séance du 11. juillet.)

L., ein Anhänger der Fergusson'schen Operationsmethode, giebt einen Bericht über seine Resultate und seine Ansichten über jene Operation. Nach einer kurzen Einleitung über die Eintheilung der Gaumendefecte in totale und partielle, vordere und hintere, wendet er sich zum Alter der Patienten. Er hält mit Trélat das Alter von 2—4 Jahren für das geeignetste; unter 4 Operationen, die im 1. Lebensmonate unternommen wurden (Billroth, Simon, Rouge, O. Weber), wurde keine Heilung erzielt, sämmtliche Patienten starben 8—29 Tage nach der Operation an accidentellen Krankheiten, nachdem zuvor stets eine Trennung der Operationswunde stattgefunden hatte. Von 5 im Alter von 1 Monat bis 1 Jahr Operirten (3 Billroth, 2 Simon) starb kein Patient, und hatten drei Operationen günstigen Erfolg. Auf Grund dieser Beobachtung pflegen verschiedene Chirurgen die Gaumenspalte im 6. Lebensmonat oder dicht nach demselben zu operiren; ja Simon soll selbst behauptet haben, dass in dieser Zeit die Operation den Kindern weniger Lebensgefahr bringe, als wenn sie unoperirt blieben, eine Ansicht, der L. nicht beitreten kann. Ebenso wenig stimmt er Rouge's Ansicht bei, dass

die Operation eine höchst dringende sei, noch Billroth, dass sie bei günstigen Verhältnissen im 8. Monat zu unternehmen sei, denn wenn in diesem Alter auch die Mortalität gering sei, so seien doch die Misserfolge sehr zahlreich. L. hält das Alter von 3—4 Jahren für das geeignetste, zumal in diesem Alter die Kinder erst ordentlich zu sprechen anfangen. Er wendet die osteoplastische Methode an, wie sie nach Dieffenbach's Vorgang Fergusson wieder eingeführt hat. Endet der Defect abgerundet, so bildet er den Winkel beim Anfrischen in einen spitzen aus, macht die seitlichen Incisionen in der Mitte zwischen Defect und Zahnfortsatz, meisselt hier den harten Gaumen durch, indem er die dabei eintretende beträchtliche Blutung durch Digitalcompression stillt, bringt mit Gewalt die beiden Knochenplatten in der Mitte aneinander und näht sie mit einzelnen weitgreifenden Schleimhautnähten zusammen, gleichzeitig füllt er die seitlichen Incisionen mit Charpiebäuschen aus.

Die Methode hat die Vortheile, dass dickere, besser ernährte Lappen, die sich in der Breite der drei vorhandenen Schichten (Mundschleimhaut, Knochen, Nasenschleimhaut) aneinanderlegen, zur Verwendung kommen, die, einmal aneinander gebracht, keine Tendenz zum Auseinanderweichen haben; dann ist der knöcherne Gaumen besser restaurirt, namentlich in der Mitte resistenter.

Bezüglich der Phonation ist das Resultat dasselbe, wie bei der Langenbeck'schen Methode; die Sprache bleibt immer defect und näselnd.

Ebenso zieht er die Methode bei erworbenen Defecten vor, da die verdünnte narbige Umgebung für die Langenbeck'sche Operation nicht geeignet ist.

Die schönsten Erfolge hat er damit bei angeborenen Spalten gesehen, wenn dieselben nicht besonders lang, dagegen breiter waren, wo einfache Weichtheilslappen die Spannung gar nicht ertragen hätten. Nur wenn der Vomer an der einen Seite an dem Gaumen verwachsen ist, scheint sie unausführbar, da die betreffende Knochenplatte unbeweglich ist; in diesen Fällen hat sich Fergusson damit geholfen, dass er an dieser Seite nur einen Schleimhautlappen ohne Knochen auf der anderen Seite mit demselben präparirte.

L. hat 8 Uranoplastiken gemacht, 6 an Mädchen, 2 an Knaben; der jüngste war $4^1/_2$, der älteste 18 Jahr alt. Er hat 5 vollständige Heilungen, einen totalen Misserfolg, eine unvollständige Heilung, die er noch zur vollständigen zu bringen hofft, und einen Misserfolg, der noch leicht beseitigt werden kann. Der völlige Misserfolg bei einem 16jährigen Mädchen wurde durch grosse Unruhe bei schlechter Narkose veranlasst.

Mit Ausnahme des 1. Falles ist in einer Sitzung der ganze Defect geschlossen. Das Gaumensegel ist in allen Fällen vereinigt geblieben, nur einmal hat sich die Uvula wieder gespalten.

1) Mädchen, 14 Jahr alt, mit einseitiger Spalte des Gaumens und Gaumensegels, die nach vorn bis $1^1/_2$ cm vor dem Zahnfort-

satz median verläuft, dann sich nach links wendet und den Zahnfortsatz zwischen 1. und 2. Schneidezahn trennt. Der Spalt ist 1—$1^1/_2$ cm breit; der Vomer am rechten Rande verwachsen, Gaumensegel dick. Sprache sehr schwer verständlich. — Bildung eines 1 cm breiten, 3 cm langen rechteckigen Schleimhautlappens aus der linken Wand des Vomer; derselbe bleibt am Uebergang zur rechten Gaumenplatte adhärent, wird heruntergeklappt und an den angefrischten Rand der linken Gaumenplatte durch 3 Silberdrahtnähte angeheftet. Die Nähte wurden am 5.—7. Tage entfernt; bleibende Vereinigung, die Nasenschleimhaut behielt ihre specifischen Eigenschaften, secernirte in der Mundhöhle ein zähes Secret, das leicht zu Krusten erhärtete. Vier Wochen später wurde der restirende Gaumendefect und der Spalt zwischen dem Alveolarfortsatz beseitigt. Anfrischung der Ränder, zwei seitliche Incisionen, die den Defect nach vorn überragen, Durchmeisselung und Absprengung des Knochen; Vereinigung durch 6 Silberdrahtnähte, die nur die Schleimhaut fassen. Feuerschwamm als Tamponade in die seitlichen Incisionen. Die Wunden, die sich mit einem grauen Exsudat bedecken, werden öfter mit Citronensaft betupft, Entfernung der Nähte einzeln vom 4. Tage an; es entsteht eine Trennung von der Grösse eines Reiskornes im Uebergange des Gaumens zum Gaumensegel, die nach weiteren 8 Wochen durch 2 Nähte definitiv geschlossen wird.

Nach einem Jahre war die Sprache noch schlecht, näselnd, das Gaumensegel dick, kurz; der Nasenschleimhautlappen secernirte noch dickes Secret.

2) Mädchen, von $18^1/_2$ Jahr Alter, mit angeborenem $2^1/_2$ cm langen, 14 mm breiten median gelegenen Spalt des Gaumens und Gaumensegels. Vomer reicht nicht bis zur Spalte herab. Patientin benutzt seit 4 Jahren einen Obturator, spricht seitdem befriedigend.

Anfrischung der Ränder, seitliche Incisionen, die nach vorn den Defect überragen, nach hinten in das Segel hineingehen; Durchmeisselung der Gaumenplatten und Vereinigung derselben, nachdem sie aneinandergelegt sind, durch 9 Nähte, die am harten Gaumen nur die Weichtheile fassen. Dieselben werden zwischen 7.—10. Tage entfernt. Völlige Heilung bis auf eine kleine Fistel am Uebergang vom harten zum weichen Gaumen, die sich nach 14 Tagen spontan schliesst. Die seitlichen Incisionen mit Zunder austamponirt, waren nach 3—4 Wochen vernarbt.

Pat. sprach fast so gut als mit dem Obturator.

3) 11jähriger Knabe aus blutsverwandter Ehe mit congenitalem Defect des harten Gaumens und Gaumensegels, bereits am 1. Lebenstage an Hasenscharte operirt. Der Spalt endigt vorn rund, $1^1/_2$ cm hinter dem Alveolarrand, ist 12 mm breit, einseitig links, doch beinahe median gelegen. Der rudimentäre Vomer inserirt sich rechts. Die rechte Hälfte des Gaumen ist etwas länger und höher gelegen als die linke. — Anfrischung, 2 seitliche Incisionen, jedoch wegen des ungleichen Niveau nur rechts mit Durchmeisselung des

Knochen, links wird nur die Schleimhaut abgelöst; die Rundung vorn wird zum spitzen Winkel angefrischt. Vereinigung der Lappen durch 8 Nähte, 4 in den Gaumen, 3 ins Segel, 1 in das Zäpfchen. In die seitlichen Incisionen Zunder. Entfernung der Nähte am 5.—7. Tage. Vereinigung bis auf eine nadelknopfgrosse Stelle des vorderen Winkels. Die Sprache besserte sich bereits nach einigen Wochen.

4) Mädchen, 16 Jahr alt, mit angeborenem Spalt des Gaumens und Gaumensegels. Ersterer geht nach vorn nicht über das Os palatinum hinaus, ist 15 mm breit, bilateral. Beide Segelhälften gut entwickelt. Sprache näselnd, aber verständlich. — Anfrischung, wobei Pat. aus der Narkose erwacht, den Knebel zerbricht, so dass die weitere Operation durch ungenügendes Oeffnen des Mundes sehr erschwert ist. Schluss der Wunde mit 3 Nähten, nach deren Entfernung die Lappen wieder völlig auseinanderweichen. Eine zweite Operation wird verweigert.

5) Knabe, $4^1/_2$ Jahr alt, bereits vor 2 Jahren an Hasenscharte operirt, mit sehr langem Gaumen- und Gaumensegeldefect. Derselbe am hinteren Ende 1 cm breit verlängert sich bis zum Alveolarrand allmälig in einen schmalen Spalt und läuft zwischen 1. und 2. linken Schneidezahn in eine Furche aus, ist linksseitig. Der rudimentäre Vomer inserirt sich rechts. Die Gaumenhälften sind unsymmetrisch; das Gewölbe hoch; Segel dick; Zunge sehr voluminös. — Anfrischung; links Bildung eines knöchernen, rechts nur eines Schleimhautlappens nach Langenbeck. 8 Nähte, die zusammen nach mehreren Tagen entfernt werden. Vereinigung hält bis auf die Mitte, wo der Schleimhautlappen etwas zurückgewichen ist. Es kommt eine 2 mm breite, 3 mm lange Knochenlamelle zur Ausstossung und bleibt an der Stelle eine 8 mm lange, 5 mm breite Fistel, die nach 6 Wochen durch 3 Nähte geschlossen wird. Dadurch entsteht Gangrän am hinteren äusseren Rande des nochmals abgelösten Schleimhautlappens und schliesslich eine 2—3 mm lange Fistel an dieser Stelle.

6) Mädchen, $13^1/_2$ Jahr alt, mit congenitalem Gaumen- und Gaumensegeldefect. Gaumendefect vom hinteren Rande des Os palatina nach vorn $1^1/_2$ cm lang, 1 cm breit, nach vorn sich verengend. Starke Entwicklung der Weichtheile und der Segelhälften. — Bildung zweier Knochenlappen, die durch 6 Nähte in der Mitte zusammengehalten werden. Entfernung der Nähte am 5.—10. Tage. Totale Vereinigung; die seitlichen Incisionen nach 20 Tagen vernarbt. Pat. näselt bei der Entlassung etwas weniger, als vor der Operation.

7) Mädchen, 7 Jahr alt, mit Gaumen- und Gaumensegeldefect. Spalt des harten Gaumen etwa 1 cm lang, 17 mm breit, nach vorn abgerundet. Gaumensegel kurz und dick; Gewölbe flach; Zunge voluminös. Operation nach Fergusson mit Bildung zweier Knochenplatten, starke Blutung. 6 Suturen. Am 6. Tage trat in der Mitte eine kleine Trennung ein, aus der nach einigen Tagen ein

kleines Knochenplättchen ausgestossen wurde. Eine 6—7 mm lange ovale Fistel blieb bestehen.

8) Mädchen, 10 Jahr alt, mit congenitalem Gaumen- und Gaumensegeldefect. Gaumenspalt nicht ganz 1 cm lang, 8 mm breit, median gelegen, Wölbung flach. Segelhälften lang und dick. — Anfrischung, Bildung zweier Knochenlappen von 6 mm Breite; 6 Nähte, die am 7.—10. Tage entfernt wurden. Vereinigung bis auf die Uvula, deren Hälften sich wieder trennten.

Nach 1 Jahr noch keine Sprachverbesserung.

In der Discussion berichtet Anger noch über einen von ihm nach Fergusson operirten Fall, bei dem die erste Operation missglückt war. Er bildete nur einen Knochenlappen von der einen Seite, den er durch Austamponirung der seitlichen Incision in der Lage fixirte, wie er es auch bei sonstigen Uranoplastiken zu thun pflegte. **Boeters** (Berlin).

Reeves. The treatement of rectal fistulae by immediate ligature.

(Medical times and gazette 1878. Juni 15.)

Verf. räth bei Mastdarmfisteln, die hoch hinaufgehen und deren Spaltung mit dem Messer zu unangenehmen Blutungen Veranlassung geben kann, mit einer Oehrsonde einen starken, gewichsten Seidenfaden durch die Fistel in den Mastdarm und von da durch den Anus heraus zu führen, die beiden Fadenenden über 2 Stück Holz zu binden und während ein Assistent mit dem Finger in die Fistel eingeht, um die Gewebe etwas zurück zu halten, mittelst sägender Bewegungen durch Ziehen an den beiden Holzstücken die Weichtheile zu durchtrennen. Oder man soll die beiden Fadenenden einfach durchschlingen, und indem man nach beiden Seiten scharf anzieht, die Weichtheile trennen. Diese Methode soll fast schmerzlos und unblutig sein; die gesetzten Wunden heilten stets schnell und gut. **H. Wildt** (Berlin).

Verneuil. Sur l'emploi du thermocautère dans la taille.

(Bull. de la Soc. de Chir. de Paris Tome III. No. 8. Séance du 18 juillet.)

Angeregt durch einen Vortrag Anger's über eine mit dem Thermokauter ausgeführte Steinoperation giebt V. über denselben Punkt seine Erfahrungen:

1) 21 jähriger Mensch, leidet seit seiner Kindheit an Steinbeschwerden. Eine Sondirung weist den Stein im Blasenhalse sitzend nach. Nachdem die Steinsonde eingeführt, macht V. vor dem After mit dem Thermokauter eine nach vorn convexe Incision, die er, indem er den After durch den eingeführten linken Zeigefinger nach hinten zieht, bis zur Prostata vertieft. Der Stein ist durch eine dünne Drüsenschicht fühlbar; dieselbe wird mit dem Bistouri inci-

dirt, der Stein extrahirt. Im Verlaufe traten wiederholt beträchtliche Blutungen aus der Wunde ein.

2) Bei einem bereits lithotomirten, sehr entkräfteten Individuum, war ein Steinfragment in der fistulös gewordenen Perinealöffnung stecken geblieben. Die Fistel wurde mit dem Thermokauter von vorn nach hinten erweitert, der Stein ohne jede Blutung extrahirt.

3) Pat., 66 Jahr alt, leidet seit 2 Jahren an Steinbeschwerden. Medianschnitt mit dem Thermokauter bis zur Pars membranacea, die mit dem Bistouri eröffnet wird. Extration des Steins, Schluss der Wunde ohne Zwischenfall nach etwa 3 Monaten.

V. zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass der Thermokauter beim Steinschnitt zu empfehlen ist, sowohl wegen der Blutlosigkeit der Operation, als auch wegen der Vermeidung der Harninfiltration, giebt jedoch zu, dass die Vernarbung der Wunde langsamer von Statten geht. **Boeters** (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

Hunt. Erythema after eating muscles. — University college hospital.

(Med. times and gaz. 1878. Jan. 12.)

35jähriger, gesunder, kräftiger Mann bekommt eine Stunde nach dem Genuss einiger Muscheln, die er niemals vorher gegessen, starken Kopfschmerz, Magendrücken und ein über den ganzen Körper ausgebreitetes, auch die Kopfhaut einnehmendes starkes Erythem ohne Blasenbildung. Herzaction ungestört. Brechmittel; nachdem dieses gewirkt, bedeutendes Ablassen des Erythems; am folgenden Morgen Alles verschwunden. **H. Wildt** (Berlin).

Th. Barr. Case of aural disease, terminating in cerebral abscess, with observations.

(The Glasgow med. Journ. Vol. X. No. 5. 1878. Mai.)

Ein 14jähriger Knabe litt schon seit seinem 4. Jahre an einem eitrigen Ausfluss aus dem linken Ohre. Sonst war er sehr kräftig und gesund. Am 27. Dec. begannen starke Schmerzen der linken Kopfhälfte; am 29. erhielt er einen linksseitigen Backenschlag von seinem Meister; darauf Zunahme der Schmerzen und Erbrechen. Schlaflosigkeit; langsamer, voller Puls; Fieber; Bewusstsein erhalten; erst kurz vor dem Tode trat Bewusstlosigkeit mit tonischen Krämpfen ein.

Bei der Section fand sich im Schläfenlappen des Gehirnes dicht über dem linken Felsenbein ein ziemlich grosser Abscess. Das Felsenbein selbst zeigte sich nach Durchsägung als nicht cariös, dagegen zwischen Paukenhöhle und oberer Wand durch Blutüberfüllung auffallend dunkel gefärbt; hier ist auch die Dura mater hyperämisch. Trommelfell fehlt, die Paukenhöhle mit Granulationen gefüllt Hammer und Amboss verschoben, Steigbügel nicht zu finden, die beiden Fenster offen ohne Membran. — Die Betrachtungen, die Verf. an den Fall knüpft, bieten nichts Neues. **L. Bidder** (Mannheim).

P. Gueterbock. Ueber eine Dermoidcyste am Boden der Mundhöhle (Kiemengangcyste).

(Arch f. klin. Chirurgie 1878. Bd. XXII. Hft. 4.)

Bei einem 26jährigen Kutscher hatte sich in einem Jahre eine Geschwulst des Mundbodens entwickelt, welche beim Sprechen, Kauen, Schlingen, sogar etwas

beim Athmen hinderte. Der beinahe hühnereigrosse Tumor fluctuirte deutlich, war überall scharf abgegrenzt. Es wurde zuerst die Diagnose auf eine Ranula gestellt und vergeblich Incisionen gemacht. Bei der dann von der Mundhöhle aus vorgenommenen Exstirpation, bei welcher Pat. unchloroformirt sass, erwies sich **der Tumor als eine mit breiigem Inhalt und einer grösseren Anzahl von leicht gekräuselten Haaren gefüllte Dermoidcyste.** Ein Stück des Balges, welcher sich bis zum Kehlkopf erstreckte, wurde zurückgelassen. — Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall. **Maas** (Freiburg i/B.).

S. Mackenzie. Scald of mouth, pharynx et larynx with membranous exudation and albuminuria resembling diphtheria.

(Med. times and gaz. 1878. März 9.)

31jährige, psychisch nicht ganz normale Frau, genoss vor drei Tagen sehr heisse Suppe; sofort nach dem Hinunterschlucken Schmerzen, allmälig Unfähigkeit zu essen, trinken und zu sprechen. Es fanden sich Blasen und rothe excoriirte Stellen an Lippen, Mund und von dessen Winkeln nach unten zu. Zunge, Mundschleimhaut und Gaumen mit weisslichen Membranen bedeckt; tiefe Congestion der Larynxschleimhaut, Aryknorpel und -Falten mit denselben, leicht abstreifbaren Membranen bedeckt; doch keine bedeutendere Schwellung der Schleimhaut, keine Dyspnoe. Eiweiss im Harn, geringes Fieber. Nach sechs Tagen die Membranen verschwunden, ebenso das Eiweiss. Pat. erholte sich bald, nach 14 Tagen mit intacten Halsorganen entlassen. — Verf. weist die Annahme zurück, dass es sich hier um eine Diphtheritis gehandelt habe, welche die offenbar vorliegende Verbrennung complicirte, und macht auf die geringfügigen Symptome aufmerksam, welche die schwere Affection des Larynx hervorrief.

H. Wildt (Berlin).

F. Margary. Chirurgia Laringoscopica.

(Gazzetta delle cliniche 1878. No. 3.)

Ein 40jähriger Mann leidet seit ungefähr 12 Jahren an Heiserkeit. Durch Kehlkopfspiegel constatirt Verf. ein erdbeergrosses Fibrom, welches auf dem rechten Stimmband gestielt aufsitzt. In mehreren Sitzungen gelingt es M. durch den Voltolini'schen Galvanokauter den Stiel zu durchtrennen. Der Tumor fiel in die Trachea, von wo er nach mehreren Minuten ausgehustet wurde.

Menzel † (Triest).

B. Walker. Croup — tracheotomy — recovery.

(Med. times and gaz. 1878. Febr. 16.)

Ein $4^1/_2$jähriger Knabe, der seit einer Woche heiser war, bekommt plötzlich in der Nacht einen Croupanfall; etwas Nachlass der Symptome nach einem Brechmittel. 12 Stunden nach Beginn des Anfalls plötzlich starke Verschlimmerung. Asphyxie schon seit 3—4 Minuten bestehend, als die Tracheotomie gemacht wurde. Das Kind erholte sich, Entfernung der Kanüle am 5. Tage, Genesung. Verf. betont in Bezug auf die Nachbehandlung die Wichtigkeit der Einführung warmer und feuchter, durch Carbolsäure aseptisch gemachter Luft in die Trachea.

H. Wildt (Berlin).

Risel. Ein Fall von Gastrotomie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 18 und 19.)

Pat. leidet seit mehreren Wochen aus ihm unbekannter Ursache an Schlingbeschwerden. Unter dem M. sternocleidomastoideus findet sich links über dem Sternoclaviculargelenk ein taubeneigrosser, harter, nicht verschiebbarer Tumor; die Schlundsonde trifft in der Nähe der Cardia auf eine verengerte Stelle, die jedoch ohne Schmerz bei leichtem Druck zu passiren ist. Nach der Sondirung hörten die Schlingbeschwerden zeitweise auf. Da nun die Strictur des Oesophagus immer mächtiger wurde, sich Infiltration eines Lungenlappens unter hohem Fieber einstellte, die mühsam eingeflössten Speisen stets unter heftigen Hustenanfällen und Würgen mit eitrigem Schleim vermischt wieder ausgebrochen wurden und es gewiss wurde,

dass eine Perforation des Oesophagus in die paroesophageale Höhle bestand, entschloss sich Verf. zur Gastrotomie. Unter Carbolspray Schnitt 7 cm lang parallel dem linken Thoraxrande vom Process. xiphoideus bis zur 8. Rippe: geringe Blutung. Nach Spaltung des Peritoneums konnte Verf. den der Wirbelsäule aufliegenden stark zusammengezogenen Magen leicht finden, jedoch nur mit Mühe der Peritonealwunde nähern und befestigte denselben durch dicht aneinander liegende Seidensuturen derart, dass die Wundfläche der Haut mit der Serosa des Magens in unmittelbarer Berührung stand. Wegen der Heftigkeit des Hustens stand Verf. von der gleichzeitigen Eröffnung des Magens ab, bis feste Verwachsung mit der Bauchwunde eingetreten war, was ohne Störung nach 3 Tagen der Fall war. Hierauf wird der Magen 2 cm lang eingeschnitten, ein Gummirohr eingefügt und Lister's Verband angelegt. Ernährung mit flüssigen Speisen. Anfangs befand sich Pat. relativ besser, doch trat nach 5 Tagen der Tod an völliger Erschöpfung ein. Die Section ergab: Operationswunde gut geheilt; rechte Lunge mit der Wirbelsäule im unteren Lappen fest verwachsen, das Gewebe verdichtet, in den Bronchien Eiter, ferner findet sich in derselben eine schmutzige Massen enthaltende Höhle, die mit dem Oesophagus in der Nähe der Cardia communicirt. Diese Communicationsöffnung liegt in der Mitte eines in Zerfall begriffenen Geschwüres, das die Wandung des Oesophagus in der Länge von 9 cm einnimmt. Im Magen etwa 100 g gelbe Flüssigkeit. Ueber der linken Clavicula ebenfalls ein Carcinomknoten, der dem oben erwähnten Tumor entspricht. **Urlichs** (Würzburg).

F. Rizzoli. Apprezzamento della Gastrotomia.

(Bullett. di sc. med. Bologna Serie 6. Vol. I.)

Nachdem R. einige spontan oder operativ entstandene Fälle von Magenfisteln aus der Literatur angeführt, berichtet er ausführlicher über einen von Verneuil wegen Oesophagusstenose nach Aetzung mit Kalilauge operirten Fall, und hebt die in Folge der Gastrotomie zurückgebliebenen Nachtheile und Beschwerden hervor. Im Gegensatz dazu erzählt er einen von Del Greco beobachteten Fall von Oesophagusstrictur in Folge des Genusses von Schwefelsäure, bei dem nach monatelangen fruchtlosen Sondirungsversuchen endlich die Sonde eindrang und die Oesophagotomia interna gemacht werden konnte, die zur Herstellung des normalen Weges führte. — R. schliesst die Publication mit dem Wunsche, es möchte häufiger die Oesophagotomie oder die forcirte Erweiterung des Oesophagus gemacht werden, und man möge trachten, die Gastrotomie auf diese Weise überflüssig zu machen, die wegen ihrer Gefahren und wegen der späteren Beschwerden nicht empfohlen werden könne. **Escher** (Triest).

G. W. Gay. Rare cases of strangulated hernia.

(Bost. med. and surg. Journ. 1878. Vol. II. p. 178.)

Der erste Fall betraf einen 54jährigen Mann, der seit 30 Stunden die Erscheinungen beginnender Darmeinklemmung darbot; die wallnussgrosse, empfindliche, beim Husten undeutlichen Impuls zeigende Geschulst lag im Schenkelringe, sie soll nach einem Hustenanfalle vor mehreren Wochen bemerkt worden sein. In der Narkose Durchtrennung der Theile bis auf die Fasc. propr. Erweiterung des Ringes, leichte Reduction. Obwohl keine ausgesprochene Peritonitis auftrat, war Pat. 10 Tage sehr schwer krank, viel Beschwerden an der Wunde; definitive Heilung ohne eine Spur von Hernienbildung.

Ebenfalls eine eingeklemmte Schenkelhernie wurde bei einem 48jährigen Manne beobachtet; obwohl bei der Aufnahme die Einklemmungserscheinungen, die seit 5 Tagen vorhanden, gering waren, so machte G. die Incision über dem Tumor, kam auf den Bruchsack, eröffnete ihn, löste das adhärente Netz, durchschnitt die einklemmenden Theile, reponirte den Darm, liess das Netz in situ, ligirte theilweis den Bruchsack. 5 Stunden nach der Operation erfolgte hohes Fieber, Delirien, Cyanose, Erbrechen scheinbar kothiger Massen (Opium); am 2. Tage besserte sich das Krankheitsbild. Heilung.

Im 3. Falle handelte es sich bei einer 31jährigen Frau um Einklemmung

einer angeblich frisch entstandenen Leistenhernie. Nach Eröffnung des Bruchsacks fand man dunkelbraun gefärbtes Netz, allseitig adhärent in dem Leistencanale, Ablösung desselben und Erweiterung beider Leistenringe. Belassen des Netzes in situ; leichte Peritonitis. Heilung ohne Spur einer Hernienbildung. — Entgegen A. Cooper's Vorschriften rathen die Neueren, wie Bryant, Birkett u. A., bei Femoralhernien zuerst nur bis zur Fasc. propr. zu durchtrennen, die Erweiterung des Schenkelringes zu versuchen und erst wenn dieses nicht gelingen sollte die Fasc. zu spalten und alsdann den Schenkelring zu dilatiren; misslingt auch dieser Versuch, dann erst ist der Bruchsack zu spalten und die Einschnürung zu heben. Diese sogenannte »kleinere Operation« führte im ersten Falle schnell zum Ziele. Die Vortheile der Methode der Reposition bei angelegter oberflächlicher Hautwunde gegenüber der mit Eröffnung des Peritoneums liegen auf der Hand. Natürlich muss streng darauf gehalten werden, erst den Bruchinhalt, dann den Bruchsack zu reponiren, um Massenreductionen vorzubeugen. Die im 2. Falle beobachtete Einlagerung von Netz im Bruchsacke ist nach Verf. Erfahrungen bei Schenkelbrüchen häufiger, als man gewöhnlich annimmt. Der 2. und 3. Fall illustriren die Wahrheit der alten Anschauung bei irreductibelen Tumoren, in Gegenden, in welchen Hernien vorzukommen pflegen, wenn Schmerzen in loco, Stuhlverhaltung und Erbrechen bestehen, nicht lange mit dem Explorativ-Schnitte zu warten.

Pilz (Stettin).

Bérger. Étranglement d'une hernie crurale intestino-épiploique depuis longtemps irréductible. — Débridement. — Mort de bronchopneumonie; bronchite chronique et emphysème antérieur à l'étranglement.

(Bulletins de la société de Chirurgie de Paris. Tome III. No. 8. Séance du 26 juillet.)

Eine sehr heruntergekommene Pat. von 53 Jahren litt seit langer Zeit an irreponibler, linker Schenkelhernie, die schliesslich zu Incarcerationserscheinungen führte. Bei der Operation fand sich der Bruchsack ausgefüllt von einer grossen, an der vorderen Wand des Sackes fest adhärenten Partie des Netzes; hinter dem Netz und mit demselben wieder ausgedehnt flächenhaft verwachsen lag eine strangulirte Darmschlinge. Da sich die Lösung derselben als unmöglich erwies, wurde, um die Einklemmung zu heben, die Bruchpforte an mehreren Stellen erweitert, eine grosse Partie Netz mit Catgut umschnürt und abgetragen, dann die Wunde über der nicht reponirten Darmschlinge vernäht, im unteren Wundwinkel ein Drain eingelegt, und ein Verband aus mit Carbollösung befeuchtetem Feuerschwamm, Gummipapier und Watte angelegt. Am 2. Tage zeigte sich eine ganz leichte entzündliche Reaction der Wunde; häufige Flatus waren abgegangen. Am 3. Tage Temp. 39,9 trotz reichlich erfolgten Stuhles. Schwellung der Wunde erforderte die Entfernung der Nähte; am 4. Tage grosse Schwäche, starkes Rasseln auf beiden Lungen, rechts hinten Bronchialathmen, Erscheinungen, die völlig symptomlos aufgetreten waren. Abends Tod. Section ergab keine Spur von Peritonitis; völlige Durchgängigkeit der Darmschlinge. Emphysem der vorderen Lungenpartien, ausgedehnte Bronchitis und Hypostase in den linken, pneumonische Infiltration in den rechten hinteren Lungenpartien.

Boeters (Berlin).

Bryant. Injuries to pelvic region. — Guy's hospital.

(Med. times and gaz. 1878. Mai 25.)

1. Fall: 12jähriger Knabe kletterte auf einem Geländer umher, rutschte aus und fiel mit der rechten Hinterbacke auf eine Spitze des Geländers. Nach innen vom Tuber ischii und 2 Zoll vom Anus fand sich eine etwa zollange Wunde; eine durch dieselbe eingeführte Sonde konnte 3 Zoll oberhalb des Anus im Rectum gefühlt werden. Bei der Untersuchung fand sich hier eine drei Zoll lange Risswunde in der hintern Mastdarmwand und eine andere gerade hinter der Prostata, die das Peritoneum und die Blase eröffnet zu haben schien. Seitensteinschnitt, um den Urin nach aussen abzuleiten. Urin floss sowohl durch die Dammwunde als durch den Mastdarm ab. Leichte peritonitische Erscheinungen hielten etwa 2—3 Wochen an. 16 Tage nach der Operation floss aller Urin durch die Harnröhre. Pat. gesund entlassen sechs Wochen nach der Aufnahme.

2. Fall: 7jähriger Knabe wurde von einem Karren überfahren; Harnverhaltung: der eingeführte Katheter entleerte viel Urin, sonde à demeure. Bei dem Sträuben des Pat. bemerkte man Crepitation am Becken, doch konnte der Sitz eines Bruches nicht genau eruirt werden. Am 4. Tage nach der Verletzung — der Katheter war wieder entfernt — starke Blutung aus der Harnröhre, die durch die Einführung eines etwas stärkeren Katheters zum Stehen kam. 8 Tage später, nachdem der Katheter wieder entfernt worden war, eine neue sehr starke Blutung. Urethrotomia externa, Katheter bleibt liegen. Wunde am Damm nach etwa drei Wochen geschlossen; Pat. drei Wochen später vollkommen gesund entlassen.

H. Wildt (Berlin).

Rivington. Injuries involving the knee-joint — London hospital.

(Med. times and gaz. 1878. Juni 1.)

1. Fall: 52jähriger Arbeiter wurde von einem schwer beladenen Wagen überfahren. Bei der Aufnahme fand sich starker subcutaner Bluterguss am Ober- und Unterschenkel: nach oben und aussen von der Patella eine zwei Zoll lange, mit dem Gelenk communicirende Risswunde. Dieselbe wird mit Lint und Collodium geschlossen; Einwicklung des Oberschenkels mit feuchten Binden und permanente Irrigation, welche letztere am folgenden Tage, da sich Entzündung im Knie und hohes Fieber einstellten, mit Eisblasen vertauscht wurde. Am 2. Tage floride Eiterung im Gelenk, aber nicht am Oberschenkel, sehr hohes Fieber, Pat. † 60 Stunden nach der Verletzung unter Delirien. — Die Section ergab ausser Hyperämie der Lungen totale Zermalmung der Weichtheile des Oberschenkels und grosse Blutextravasate, Knorpeldefecte im Knie. Verf. schiebt den Tod auf das »schwere traumatische Fieber« (? Ref.).

2. Fall: Einem 37jährigen Arbeiter fiel eine schwere Last auf den rechten Oberschenkel. Fractur zwischen unterem und mittlerem Drittel. Auf der Innenseite gerade oberhalb des Gelenks eine kleine Wunde, durch die man auf den Bruch kam. Keine Communication mit dem nicht geschwollenen Kniegelenk nachweisbar; keine Verkürzung, geringe Dislocation. Antiseptische Behandlung während der ersten Woche. Unstillbares Erbrechen. Bei völlig reactionslosem Verhalten der Wunde selbst Anschwellung im obern Theil des Oberschenkels und dann unter hohem Fieber Erysipel, sich erstreckend über den untern Theil des Abdomen und das Gesäss. Pat. collabirte mehr und mehr, Nachlass des Erbrechens mit der Entfernung des antiseptischen Verbandes, aber Tod am 17. Tage. Verf. hält die Einwirkung der Carbolsäure in diesem Falle für verderblich. — Die Section ergab Osteomyelitis des Femur, Eiterung in den Muskelinterstitien und einen verticalen Riss von der Bruchstelle aus zwischen den Condylen bis in's Knie. — Verf. würde in einem ähnlichen Falle künftig im Hüftgelenk exarticuliren, wenn auch mit wenig Aussicht auf Erfolg.

H. Wildt (Berlin).

Erst heute erhielt die unterzeichnete Redaction die betrübende Nachricht, dass unser bisheriger Mitarbeiter

Herr Dr. J. B. Ullersperger,

K. Rath, ehemaliger herzogl. Leuchtenbergischer Leibarzt, am 15. Sept. d. J. im Alter von 81 Jahren zu München verstorben ist. Für die in liebenswürdigster Weise unserem Blatte durch mehrere Jahre hindurch gewidmete Thätigkeit fühlen wir uns zu aufrichtigstem Danke verpflichtet, welchem wir hiermit auch öffentlich Ausdruck verleihen.

Die Redaction des Centralblattes für Chirurgie.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 44. **Sonnabend, den 2. November.** **1878.**

Ueber Laparotomie wegen innerer Einklemmung des Darmes, auf Grund eines operirten Falles[1].

Von

Dr. **Hermann Kraussold** in Frankfurt a/M.

Die freie Incision seröser Höhlen, speciell der Peritonealhöhle, ist seit der Einführung des antiseptischen Verfahrens nicht nur zu therapeutischen Zwecken ein häufig geübtes Verfahren, sondern sie wird auch als Mittel zu diagnostischen Zwecken angewendet und empfohlen, da bei aseptischer Wundheilung ein derartiger Eingriff nur geringe Gefahr hat.

[1]) Nach einem Vortrag, gehalten bei der Versammlung Mittelrheinischer Aerzte in Mainz, Juni 1878.

Es bleibt der Zukunft überlassen, aus unserem jetzigen chirurgischen Thun und Treiben, das sich in wenigen Jahren so bedeutend verändert hat, das Facit zu ziehen, unsere Ansichten nach vielen Seiten zu erweitern, nach manchen vielleicht auch einzuschränken. Diese Schlüsse werden aber nur im Laufe der Jahre aus einer Reihe von genau beobachteten und bekannt gegebenen Krankheitsbildern gezogen werden können, und zu diesen möchte ich heute einen kleinen Beitrag liefern, indem ich über eine Operation berichte, deren Hauptinteresse in den Ursachen liegt, wegen deren sie gemacht wurde; es handelte sich um einen in strangförmigen Verwachsungen der linken Beckenseite und im offenen linken Foramen obturatorium eingeklemmten Theil des Dünndarms, um eine Einklemmung, die nach gemachter Laparotomie von oben gelöst wurde.

Ich werde die Krankheitsgeschichte zuerst folgen lassen.

Frau A. ist 38 Jahre alt und stammt aus einer phthisischen Familie. Ihre Schwester starb an Hämoptoë, ihre beiden Eltern erlagen Lungenaffectionen. Sie selbst leidet schon seit 10—12 Jahren an einem Lungenleiden, das sich in zeitweise sehr heftigen Anfällen von Hämoptoë, starkem Husten und Auswurf äussert. Während sie sich im Sommer, den sie gewöhnlich im Taunus zubrachte, relativ wohl fühlte, verschlimmerten sich ihre Beschwerden regelmässig im Herbst, so dass sie zumal den letzten Winter fast beständig das Bett hüten musste, — kurz das ganze Bild, das sie von ihrer Vergangenheit entwirft, ist das einer langsam ihrem Ziele zuschreitenden Phthise. Sie hat 6 Kinder geboren, von denen 3 noch leben; in einem Wochenbett giebt sie an, nach einer Anfang des 9. Monats erfolgten Niederkunft, eine Bauchfellentzündung gehabt zu haben, die sie längere Zeit an's Bett fesselte. Der Kräftezustand der Patientin soll in der letzten Zeit sehr abgenommen haben, und kam es neben Anfällen von Hämoptoë und heftigen Hustenparoxysmen in den letzten Wochen öfter zu krampfartigen Brechanfällen, bei denen zum Theil Mageninhalt, zum Theil grünliche Massen entleert wurden.

Vor etwa 10 Jahren bemerkte Patientin in der rechten Jnguinalgegend das Auftreten eines wallnussgrossen Tumors, der, längere Zeit für eine Drüse gehalten, sich die gebührende Anerkennung dadurch zu verschaffen wusste, dass er sich einmal einklemmte. Die Reposition gelang leicht und wurde ein Bruchband getragen, doch blieb stets eine kleine harte Geschwulst zurück, die sich deutlich als ein lappiges mit dem Bruchsack verwachsenes Stück Netz durchfühlen lässt. Der zeitweise etwas retardirte Stuhl der Patientin wurde durch Carlsbader Salz stets leicht wieder regulirt. —

Am Morgen des 9. Mai d. J. nun wurde ich gerufen, da während eines heftigen Husten- und Brechanfalles der Bruch wieder herausgetreten sei. Bei der bleich aussehenden, ziemlich abgemagerten Frau fand sich neben den bestehenden, sehr ausgedehnten destructiven Processen in beiden Lungen, auf deren nähere Beschreibung wir verzichten, ein apfelgrosser rechter incarcerirter Schenkelbruch, der leicht reponirt wurde, bis auf das erwähnte Stück Netz, das dem Bruchsack adhärirte. Auffallender Weise wurde nun gleich von Anfang an nie in der rechten Seite des Leibes oder in der Gegend der Hernie, sondern links über ziehende, wehenartige Schmerzen geklagt, die sich bei tiefem Druck steigerten; etwas Abnormes war nicht zu fühlen, eine Auftreibung des Leibes nicht zu bemerken. Stuhl war seit $1^1/_2$ Tagen nicht erfolgt, der letzte Stuhlgang war ein breiiger normaler. Die Temperatur war gering erhöht (38,1° C. axilla), der Puls beschleunigt. Es wurden Priessnitz'sche Umschläge verordnet.

Schon am Abend hatte sich der Zustand entschieden verschlimmert und konnte man constatiren, dass das linke Hypochondrium im Vergleich zu rechts entschieden aufgetrieben war. Es war schmerzhaft bei Druck, doch konnte eine Geschwulst nicht gefühlt werden. Der Percussionsschall war 4—5 Finger breit

über dem Lig. Poupartii im Umfang eines halben Handtellers gedämpft, im übrigen tympanitisch. Im Laufe des Nachmittags hatte sich 3maliges Erbrechen eingestellt, das jedesmal nach Aufnahme von Flüssigkeiten (Wein, Milch) erfolgte. Auf der rechten Seite des Leibes. zumal am Schenkelbruch, kein Schmerz, keine Veränderung. Es wurden Wassereingiessungen ins Rectum verordnet, Eispillen und Tinct. op. spl., Temp. 38,4° C. Am 10. Mai hatten die Schmerzen in der linken Bauchseite entschieden zugenommen, ebenso die Auftreibung an dieser Stelle. Druck ist sehr schmerzhaft und ruft krampfartig auftretende Schmerzanfälle hervor. Trotz der Wasserinjectionen ist noch kein Stuhlgang erfolgt; häufiges Aufstossen und Erbrechen. Milch oder Wein werden höchstens 1/2 Stunde im Magen behalten und dann wieder ausgestossen. Die Dämpfungsstelle auf der linken Seite hat zugenommen, von derselben zieht ein circa 3 fingerbreiter tympanitischer Percussionsstreifen quer nach rechts und oben. Eine mit dem Finger vorgenommene Untersuchung per rectum und vaginam ergab ausser einer etwas geringen Beweglichkeit des Uterus nichts Abnormes. Die Temperatur 38,1, Puls 98.

Es wird ausser mehreren forcirten Wasserinjectionen ein Clysma mit 12 Brausepulvern gegeben, ohne jeden Erfolg.

Am 11. Mai ist Patientin etwas collabirt; das Erbrechen ist häufiger und hat heute einen etwas kothigen Geruch und steigert sich bis zum Abend zum exquisiten Miserere. Die Zunge ist trocken, dick pelzig belegt. Die krampfartigen Schmerzanfälle kehren sehr häufig etwa von 5 zu 5 Minuten wieder und man bemerkt dabei an der stärker aufgetriebenen linken Seite des Leibes sich eine Geschwulst kuglig hervorwölben, die sich hart anfühlt und vertical von oben nach unten zu verlaufen scheint. Dieselbe ist gering verschieblich und hat einen gedämpften Percussionsschall. Oeftere mit grosser Energie wiederholte Wasserinjectionen hatten keinen Erfolg. Die Temperatur Abends 38,4° C., Puls 104.

Da am 12. Mai der Zustand noch derselbe war, Schmerzen und Kothbrechen eher zu- als abgenommen hatten, wurde Mittags die Kranke chloroformirt, in der Absicht durch die manuelle Rectalpalpation über die Beschaffenheit des Hindernisses genauere Aufschlüsse zu bekommen. Es wird in tiefster Narkose mit der linken Hand durch den sehr dehnbaren Anus einzudringen versucht, was nach einigen Einrissen gelingt. Die Hand wird in dem vollkommen leeren Mastdarm nun emporgeschoben, so weit es geht, ohne dass ein Hinderniss zu fühlen wäre. Durch combinirte bimanuelle Untersuchung gelingt es einen in der linken Bauchseite gelegenen, prall elastischen Tumor zwischen die Finger zu bekommen, der schräg von oben nach unten zieht und ziemlich leicht von rechts nach links verschoben werden kann. Die Organe des kleinen Beckens lassen sich gut durchfühlen, während es nicht gelingt, von den übrigen Organen der Bauchhöhle etwas zu fühlen. Es wird nun längs des Arms eine dicke Schlundsonde eingeführt und eine ziemlich forcirte Wassereingiessung bewerkstelligt, die nur wenige flockige graubraune Massen zu Tage befördert. Momentan schien dieser Eingriff einigen Einfluss zu haben, indem das Brechen 3 Stunden aussetzte, die Schmerzanfälle seltener waren. Derselbe jämmerliche Zustand stellte sich jedoch wieder ein, währte auch am 13. Mai noch an und wurde durch Morphium und die gewöhnlichen Mittel nur vorübergehend gebessert. Die Auftreibung des Leibes, der Collaps nahmen zu, während die bisher immer gering gesteigerte Temperatur abnahm, und am 14. Mai einer subnormalen, bei kleinem, fadenförmigen Puls, Platz machte.

Es wurde deshalb am 14. Mai Mittags 12 1/2 Uhr, in der Absicht die angenommene Verschlingung oder innere Einklemmung des Darmes zu heben, die Laparotomie in folgender Weise ausgeführt, da ich von einer Colotomie als einem möglichst zu vermeidenden, bezüglich seines Vortheils zweifelhaften Eingriff absehen zu sollen glaubte.

Im gelüfteten, mit dem Carbolspray seit dem Morgen energisch behandelten Zimmer wurde die Kranke in ein frisch hergerichtetes Bett transferirt. Nach energischer Desinfection der activ Betheiligten, der Instrumente und des Operationsgebietes wurde der erwärmte 2 1/2% Carbolspray mit 2 Apparaten eingeleitet und sodann, nachdem die Kranke tief chloroformirt war, in der linken seitlichen

Bauchgegend, etwa 3—4 Finger über dem Ligament. Poupartii ein von oben nach unten verlaufender, den Faserzügen des M. obliquus ext. entsprechender Schnitt von 12 cm Länge angelegt. Nach schichtenweiser Durchtrennung der Weichtheile und Unterbindung der im medialen Wundwinkel durchschnittenen A. epigastrica inf., wurde die Peritonealhöhle auf der Hohlsonde eröffnet. Aus der Wunde wölbte sich sogleich eine stark ausgedehnte, prall gespannte, tief dunkelroth injicirte Darmschlinge hervor. Die durch die Wunde eingeführte Hand fühlt nirgends Verwachsungen, irgend ein Tumor oder ein sonstiges Hinderniss kann bei oberflächlichem Zufühlen nicht entdeckt werden. Der Dünndarm war sehr stark aufgetrieben und dunkelroth injicirt, in der Peritonealhöhle kein Exsudat. In der Absicht durch Entfernung der Gase aus dem aufgetriebenen Darm mehr Raum zu bekommen, wurde an 2 Stellen die Punction des Darmes mit der Ansatznadel einer Pravaz'schen Spritze gemacht; es entwich keine Luft, sondern nur wenig gelber, dünnflüssiger Darminhalt und wurde deshalb von weiteren derartigen Versuchen abgestanden. Da ich nach genauer Untersuchung keine Ursache für die Verschliessung aufzufinden im Stande war, beschloss ich nun den Dünndarm, so weit als möglich oben anfangend, ähnlich wie bei einer Autopsie durch die Finger gehen zu lassen, in der Erwartung auf diese Weise der Art des Hindernisses am besten auf die Spur kommen zu können. Das war von der im Allgemeinen recht ausgiebigen, für diesen Fall aber doch etwas unbequem kleinen Incisionsöffnung aus eine ziemlich mühselige Arbeit. Wir fassten den in den oberen Partien etwas weniger stark injicirten Darm, holten unter strenger Wahrung der Continuität die einzelnen Darmschlingen, nach abwärts steigend, aus der Abdominalhöhle hervor, und brachten sie dann, nachdem wir uns durch Inspection von ihrer Integrität überzeugt hatten, wieder in die Bauchhöhle zurück. Nach gewissenhafter Durchführung dieser etwas monotonen Manipulation während einer guten halben Stunde, wurden wir schliesslich längs des Dünndarms in die linke Seite des Beckens geführt. Man bemerkte schon beim Zufühlen, dass die in der linken Beckenseite befindlichen Darmschlingen stärker, praller aufgetrieben waren und dem Hervorziehen einen stärkeren, schliesslich sogar einen sehr bedeutenden Widerstand entgegensetzten, der sich durch einfaches Ziehen nicht lösen liess, sondern ein Eingehen mit der Hand in die Bauchhöhle nöthig machte. Durch vorsichtige Manipulationen liess sich der Darm, der entschieden stärker aufgetrieben und sehr bedeutend injicirt war, hervorziehen und wurde dabei den anwesenden Collegen gegenüber der Verdacht geäussert, dass es sich um eine Hernie einer der Beckenaperturen, speciell des Foramen obturatorium gehandelt habe; eine Verfärbung konnte am Darm nirgends constatirt werden. Der Darm wurde noch eine Strecke weiter verfolgt, bis es nicht mehr möglich war, ihn weiter hervorzubringen. Unter der Annahme, dass damit das wahrscheinlich in der linken Beckenseite gelegene Hinderniss beseitigt sei und da sich sonst absolut kein Hinderniss fühlen liess, wurde die Bauchhöhle durch mehrfache tiefe Nähte, die durch das paraperitoneale Bindegewebe gelegt wurden und durch 8 oberflächliche Nähte vereinigt, in den medialen Wundwinkel ein kleiner Drain eingelegt und ein den Leib, die linke Inguinal und Schenkelgegend einnehmender, comprimirender antiseptischer Verband angelegt. Patientin wird in ein frisches, erwärmtes Bett gebracht.

Nach der Operation fühlt sich Patientin etwas angegriffen, doch erholt sie sich auf einige Gaben Champagner ziemlich schnell. Es wird Morphium und Eis gegeben. Obwohl Patientin ziemlich viel trinkt, hört das Erbrechen vollkommen auf und es wird am Abend gegen 6 Uhr zum ersten Mal ein gutes Schoppenglas voll bröckliger, graubrauner Kothmassen entleert. Pat. fühlt sich sehr erleichtert. Die Schmerzen, zumal die krampfartig auftretenden Anfälle haben ganz aufgehört, nur wird zeitweise an Stelle der Wunde über einen brennenden Schmerz geklagt. Temp. früh 36,4° C. 4 Uhr: 36,8, Abends 37,2. Der Leib ist weicher, nicht mehr so stark aufgetrieben, sodass am Abend der Verband fester angelegt wird. Am 15. Mai macht Patientin einen entschieden frischeren Eindruck; die Lippen sind nicht mehr so trocken, die vorher dick pelzige Zunge ist weniger be-

legt. Erbrechen war nicht da. Patientin hat während der Nacht gut geschlafen. Pat. nimmt etwas Bouillon mit Ei, Champagner, Opium. Der früher sehr starke Auswurf, der während der letzten 8 Tage ganz aufgehört hatte, stellte sich wieder ein und damit etwas Hustenreiz. Der antiseptische Verband wird heute, da er durch das Einfallen des Leibes etwas locker liegt, entfernt. Die Wunde sieht sehr gut aus, keine entzündliche Reaction; der Drain und einige Nähte werden entfernt. Keine Spur von Peritonitis. Der gestern Abend spontan entleerte Urin enthielt einige kleine Blutflocken. Die Temperatur 37,0, Abends 38,1° C. Puls kräftig, 98 p. m.

Die Nacht bis zum 16. Mai verging ohne Störungen. Am Morgen erfolgte spontan wieder gelbgefärbter Stuhlgang. Der Leib ist nicht stärker aufgetrieben, von einer peritonitischen Reizung nichts zu bemerken. Der vollständig aseptische Verband liegt etwas locker und wird deshalb gewechselt. Die Wunde scheint p. p. zu heilen, einige Nähte entfernt. Von irgend welcher Auftreibung der linken Bauchseite ist nichts mehr zu sehen oder zu fühlen. Es wird nicht über Schmerz geklagt, kein Aufstossen, kein Erbrechen. Patientin fühlt sich kräftiger, die Zunge ist weniger belegt. Der Husten dauert noch an und quält Patientin zeitweise sehr. Morphium. Morgentemperatur 37,4.

Während Patientin sich den Tag über sehr wohl gefühlt hatte, wurde Abends plötzlich mit einigen Hustenstössen über 1 Schoppen schaumiges, hellrothes Blut ausgeworfen. Auf der ganzen rechten Seite Knistern, ausgedehntes Rasseln, in der Spitze Bronchialathmen zu hören. Patientin sehr aufgeregt, Puls rasch, klein, 120. Die Temperatur 2 Stunden nach der Hämoptoe 39,4° C.

Ergotin- und Morphiuminjectionen. Die Nacht ging mit Ausnahme einiger Hustenanfälle, bei denen noch immer etwas Blut ausgehustet wurde, ruhig vorüber. Pat. ist schwach, sie schläft viel und wird nur durch öftere Hustenanfälle gestört; die Sputa etwas weniger blutig.

Die Wunde, die linear vereinigt ist, wird, da die Bauchpresse beim Husten sehr in Anspruch genommen ist, durch 3 Carbolmull-Collodiumstreifen gestützt. Ueber Schmerz im Leib wird nicht geklagt, es ist keine Auftreibung vorhanden.

Während es im Laufe des Tages aussah, als würde sich Patientin etwas erholen, erfolgte gegen Abend wieder eine Hämoptoë, — kurz es entwickelte sich vor unseren Augen das melancholische Bild der unter hohen Temperaturen und öfteren Blutungen rapid zum sicheren Ziel führenden Phthise, auf deren Beschreibung ich wohl verzichten darf. Nach 3½ Tagen starb Patientin. Erwähnenswerth erscheint mir noch, dass am 17. Mai nochmals Stuhlgang erfolgte, während am 18. Mai Erbrechen eintrat, das erste Mal seit der Operation; die erbrochenen Massen waren schleimig, graugelb und hatten keinen kothigen Geruch.

Die Section, von der nur die Eröffnung des Leibes gestattet wurde, ergab Folgendes: Leib nicht stärker aufgetrieben, fühlt sich weich an, die Wunde vollkommen verklebt, an Stelle der Peritonealwunde keine Verklebung mit der dieser Stelle anliegenden Darmschlinge vorhanden. Das Peritoneum nicht getrübt, glänzend, kein Exsudat um den Bauchfellraum. Die bei der Operation so starke Injection der Gedärme vollständig verschwunden. Das Netz nach rechts verzogen liegt mit einem kleinen Zipfel, locker verwachsen in dem kleinen rechtsseitigen Schenkelbruch. Es wird nun, da sich aus dem übrigen situs nichts besonderes ergiebt, am Pylorus begonnen, den Darm nach unten zu verfolgen, in ähnlicher Weise, wie es bei der Operation geschehen war. Bei dieser Manipulation wurde man nun durch eine Schlinge des Ileum längs des Colon descendens in das kleine Becken geleitet. Beim Zufühlen bemerkt man daselbst zwischen Uterus, Lig. latum und den umliegenden Theilen, zumal auch im Douglas'schen Raum mehrfache, theils leicht zerreissliche dünne, theils festere Adhäsionen. Die nach unten ziehende Schlinge des Ileum zog nun durch eine zwischen diesen Verwachsungen gelassene Lücke nach unten gegen das Foramen obturatorium sin., in das sich ein kleiner für die I. Phalanx des Daumens gerade permeabler Bruchsack hervorstülpte. Beim Hervorziehen dieser Schlinge, was durch leichten Zug gelingt, bemerkt man, dass der Darm in seinen unteren Partien nicht bedeutend, aber im

Vergleich zur Färbung des übrigen Darmes entschieden stärker injicirt ist. Die Serosa ist leicht fibrinös getrübt und fühlt sich in einer Ausdehnung von 6—8 cm leicht körnig an. Im Darm befinden sich bröckliche Kothmassen. Es kann nicht mit Bestimmtheit gesagt werden, ob der Darm noch im Foram. obturat. lag, das Herausziehen gelang leicht. Die zwischen den Verwachsungen gelegene Lücke, durch die er zog, hatte eine Breite von $2^1/_2$—3 cm; eine Einschnürungsfurche weder an dieser noch an den unteren Partien des Darmes zu bemerken. Das rechte Foramen obturatorium geschlossen; nur zwischen Magen und linkem Leberlappen und Zwerchfell leichte alte Adhäsionen,; im Uebrigen der Darm frei; im linken Ovarium eine seröse, wallnussgrosse Cyste, Fettleber. An der Anusöffnung mehrere in den Sphincter eindringende, blauschwarz verfärbte Einrisse.

Führte man den Finger so weit es ging in das linke offene Foramen obturatorium ein, so war von aussen keine Hervorbuchtung zu bemerken, und der Finger von aussen nur schwer durchzufühlen. —

In König's Chirurgie Bd. II. p. 108 und f. sind die Verhaltungsmassregeln, die man gegenüber einer inneren Einklemmung zu beobachten habe, in klarer und anschaulicher Weise auseinandergesetzt. Er bezeichnet den Versuch der Heilung einer inneren Einklemmung auf dem Wege der Laparotomie als den idealen und trotz der vielen im Wege stehenden Schwierigkeiten als den gegenüber der Enterotomie stets anzustrebenden. Diese Schwierigkeiten nun, die seinerzeit der Enterotomie gegenüber unserer Operation den Vorzug verschafften, sind sicher berechtigt, sie sind verschiedener Art, aber keineswegs derartig, dass man nicht hoffen könnte, dass auch sie mit der grösseren Sicherheit der Diagnose, mit der grösseren technischen Vervollkommnung der Operation, könnten überwunden werden. Während die Diagnose der Art der Einklemmung immerhin noch eine recht schwierige und oft unmögliche ist, hat sich unsere Operationstechnik, speciell für Eingriffe in der Bauchhöhle in den letzten Jahren in vorher nicht zu ahnender Weise ausgebildet. Die Grösse des Schnittes und die septische Peritonitis haben wir unter antiseptischen Cautelen nicht zu befürchten, das Hervorziehen grösserer Darmpartien hat durch Wegener's Untersuchungen dadurch bedeutend an Gefährlichkeit verloren, dass die Ursachen der Gefahr durch ihn klargelegt sind. Die Operation als solche hat an Gefahr bedeutend verloren und wird schon damit, dass sie in Folge dessen häufiger gemacht wird, an Sicherheit gewinnen. Ich möchte die Art und Weise, wie im obigen Fall vorgegangen wurde, empfehlen, da ich sie für gut halte und gelegentlich dieses Falles Veranlassung zu einigen allgemeinen Bemerkungen über den Bauchschnitt nehmen, speciell denjenigen Bauchschnitt, wie er wegen Unwegsamkeit des Darms auf Grund von Verschlingung, Invagination oder innerer Einklemmung sich als Operation seinen Platz zu erringen im Begriffe steht.

Während die Enterotomie früher und theilweise auch jetzt noch bei Impermeabilität des Darmrohrs als letzter und einziger Eingriff betrachtet wurde, müssen, seitdem sich die Technik der Operationen in der Bauchhöhle so eminent ausgebildet hat, der Enterotomie eine Reihe von Indicationen zu Gunsten der Laparotomie entzogen werden.

Für die Stricturen des Darms, seien sie nun durch Narben oder Geschwülste bedingt, muss ja die Enterotomie als letzter, aber womöglich nicht zu spät anzuwendender Eingriff festgehalten werden, wenn man nicht den Versuch wagen will, durch Exstirpation der verengerten Stelle und folgende Darmnaht die Heilung zu Stande zu bringen. Für die Fälle von Darmverschlingung, Invagination oder innerer Einklemmung, bei denen man früher die Enterotomie an der zufällig im Bauchschnitt sich präsentirenden Darmschlinge machte, ohne oft zu wissen, ob sie über oder unter der verschliessenden Stelle gelegen sei, ist dagegen die Laparotomie mit dem Versuch, die Ursache der Undurchgängigkeit zu beseitigen, nicht nur als das ideale Verfahren, sondern als das praktisch stets anzustrebende zu bezeichnen. Gelingt es durch die Laparotomie nicht, das Hinderniss zu heben, so bleibt die Eröffnung des Darms mit Anlegung einer Fistel noch immer als letzte und dann leicht auszuführende Methode.

Diesen Grundsätzen möchte ich das erwähnte Krankheitsbild anzupassen versuchen und im Folgenden einiger an unserem Fall bemerkenswerther Punkte Erwähnung thun.

Die Schwierigkeit der Diagnose der im Abdomen gelegenen Geschwülste, die Schwierigkeit der Erkennung der eine Verschliessung des Darmes hervorbringenden intraabdominalen Ursache, und die deshalb so häufigen, in dieser Beziehung gemachten Irrthümer, erhalten durch unseren Fall eine lehrreiche Bereicherung. Während von der Kranken mit Sicherheit der rechts vorhandene Schenkelbruch, der herausgetreten gewesen sein sollte, als die Ursache bezeichnet wird, während die Einklemmungserscheinungen von ihr mit Bestimmtheit damit in Zusammenhang gebracht wurden, konnten wir uns nicht entschliessen, auf diese Angaben hin die Diagnose der Patientin zu bestätigen. Die absolute Schmerzlosigkeit an der Bruchstelle, der nach der leichten Reposition in gleicher Grösse noch bestehende Netzbruch und die von Anfang an exquisite Linksseitigkeit des Leidens, mussten darauf hindeuten, dass die Incarceration an einer anderen Stelle, durch eine andere Ursache hervorgerufen sein müsse. Allein durch welche Ursache? Es lag nahe, bei der schon lange lungenkranken Patientin an Geschwürsprocesse im Darm, an Narbenstricturen zu denken, es konnte eine Neubildung das Darmlumen verschliessen oder comprimiren, es konnte eine Invagination, eine Verschlingung, eine innere Einklemmung den stürmischen Erscheinungen zu Grunde liegen.

Es ist nicht meine Absicht, die uns zur Diagnose dieser Leiden zur Disposition stehenden Hülfsmittel und ihre Mängel zu charakterisiren, da wohl die meisten Aerzte in dieser Beziehung schon Gelegenheit hatten, gemachte Fehler zu bereuen; ich möchte nur eine Methode, die auch in unserem Falle angewendet wurde, und in der wir bei ihrem Aufkommen neben Anderem eine grosse Bereicherung der diagnostischen Hülfsmittel für Unterleibskrankheiten erwarteten, auf der Basis meiner, wenn auch nur geringen Erfahrungen bespre-

chen. Die von Simon ausgebildete manuale Rectalpalpation muss a priori als die für die Diagnose von Unterleibstumoren in der Beckengegend genaueste Methode imponiren, mit deren Hülfe es recht geübten Händen sogar schon gelungen ist, das ganze Abdomen in ausgiebigster Weise zu palpiren. Allein, abgesehen davon, dass dieses Verfahren oft eine für die Privatpraxis als diagnostisches Mittel etwas eingreifende Methode ist, abgesehen davon, dass man in vielen Fällen mit schonenderen Untersuchungsmethoden dasselbe erreichen kann, war es, wenigstens für mich, in mehreren Fällen unmöglich, durch dasselbe in diagnostischer Beziehung etwas Besonderes zu leisten oder bei anderen, zur eigenen Uebung unternommenen Untersuchungen (z. B. nach der exstirpatio recti) die Organe der Bauchhöhle in der angegebenen Weise zu betasten. Es ist gewiss Sache der Uebung, diese Methode ganz ausnutzen zu können, und ich glaube selbst, dass ich noch nicht die nöthige Geschicklichkeit besitze, allein ich möchte constatiren, dass auch andere Collegen dieselben Erfahrungen machten und dass auch in unserem Falle durch diese Methode ein besonderer Vortheil nicht erreicht wurde. — Nachdem durch Ausschluss aller anderen zur Einklemmung führenden Ursachen angenommen war, dass der Darmverschluss durch Darmverschlingung oder durch innere Einklemmung zu Stande gekommen sei, nachdem alle mit Energie angewandten sonstigen Mittel ohne Erfolg geblieben waren, hatte ich die Wahl zwischen der Anlegung einer Darmfistel und zwischen der Laparotomie mit nachfolgendem Versuch das Hinderniss zu heben. Die letztere Operation wurde in der beschriebenen Weise ausgeführt. Es erschien als das Zweckmässigste, die Peritonealhöhle nicht von der Medianlinie aus zu eröffnen, sondern wegen der sicheren Linksseitigkeit des Leidens den Flankenschnitt zu wählen. Derselbe wurde in ziemlich ausgiebiger Länge angelegt, und wir waren überrascht, wie ausgezeichnet gut von hier aus das ganze linke Bauch- und Beckeninnere zugängig gemacht werden konnte. Ausser der im unteren Wundwinkel durchschnittenen A. epigastrica wurde kein Gefäss unterbunden. Die Vereinigung der Wunde liess nichts zu wünschen übrig, so dass ich, wie schon erwähnt, bei nachgewiesener Einseitigkeit des Leidens dem Flankenschnitt den entschiedenen Vorzug vor dem Medianschnitt einräumen möchte. Durch die beschriebenenen Manipulationen wurde im Verlauf der Operation der grösste Theil des Dünndarms aus der Wunde herausgezogen und mit der umgebenden Luft in Contact gebracht, die durch den Spray erwärmt und carbolisirt war. Der Eingriff wurde ohne Reaction vertragen und liefert auf's neue den wohl bald unnöthigen Beweis, dass unter den erwähnten Vorsichtsmassregeln Operationen in der Bauchhöhle auch bei weitgehender Exenteration des Darmes gut ertragen werden und dass es deshalb in wichtigen — aber auch nur in solchen — zweifelhaften Fällen dem mit dem antiseptischen Verfahren Vertrauten gestattet ist, auch zu diagnostischen Zwecken den Bauchschnitt auszuführen. —

Gelegentlich der Besprechung der Hernia obturatoria erwähnt König in seinem Lehrbuch der Chirurgie (Bd. II. p. 200), dass in einem Fall von eingeklemmter Hernia obturatoria sogar einmal eine Laparotomie gemacht und die Darmschlinge von innen aus ihrer Einklemmung befreit wurde. (Coulson). Er erwähnt weiter, dass der Einschnitt oberhalb des Ligament. Poupartii, den Loewenhardt verschlug zur Hebung des Hindernisses, nicht zu machen sei, sondern die Operation von der vorderen Schenkelseite aus, bei deren Ausführung es nöthig ist zur Freilegung des Bruchsackes den M. pectineus, manchmal sogar den Adductor brevis quer zu durchschneiden. Von 11 nach dieser Methode operirten bekannt gewordenen Fällen sind 8 gestorben. Erfahrungen über diese Operation besitze ich keine; allein es drängte sich mir bei Gelegenheit des obigen Falles die Frage auf, ob nicht für bestimmte Fälle die Operation von oben zweckmässiger, leichter ausführbar und ungefährlicher sei, als die Herniotomie von der Schenkelseite her und ob nicht vielleicht doch der Loewenhardt'sche Vorschlag für bestimmte Fälle einiger Berücksichtigung werth sei.

Die Diagnose der Darmverschlingung und der Einklemmung in Verwachsungen oder einer der Beckenaperturen (speciell des Foramen obturatorium und ischiadicum) ist oft eine sehr schwere, zweifelhafte, da diese Zustände, so bald keine erkennbare Bruchgeschwulst da ist, dieselben Erscheinungen machen, und es kommt leider nur zu oft vor, dass trotz bestehender Incarceration eine Geschwulst nicht wahrnehmbar ist. Auch lassen die speciell für die Obturatorialhernie angegebenen Symptome, der Schmerz in der Gegend des Foramen obturatorium und längs des Nervus obturator. häufig im Stich. Auch in unserem Falle konnte weder von aussen, noch von der Vagina, noch vom Mastdarm der Verdacht einer Hernia obturatoria bestätigt werden, es bestand kein Schmerz bei Bewegungen des Beins, es fehlte das Romberg'sche Symptom. Es kann nun vorkommen, dass sich durch ein absolut sicheres objectives Symptom eine Incarceration nicht nachweisen lässt, während sie als wahrscheinlich doch angenommen werden muss; es kann vorkommen, dass z. B. bei H. obturatoria der Schmerz bei Bewegungen im Bein, der Schmerz längs des N. obturatorius vorhanden ist, während eine nachweisbare Geschwulst an der Schenkelseite fehlt. Für derartige, zweifelhafte Fälle nun erscheint mir der Vorschlag, die Operation von der Bauchseite her durch die Laparotomie vorzunehmen, als geeignet. Wenn man beide Operationen, was ihre Gefahr, die Schwierigkeit ihrer Ausführung betrifft, mit einander vergleicht, so müssen sie, was ihre Gefährlichkeit anlangt, etwa auf dieselbe Stufe gestellt werden, seitdem man gelernt hat, welche Vorsichtsmassregeln nothwendig sind, um seröse Höhlen mit der möglichst geringen Gefahr zu eröffnen. Die Schwierigkeit der Ausführung, die ohnehin im einzelnen Fall mehr oder weniger hervortretend ist, bleibt für beide Operationen die gleiche. Wir möchten deshalb nicht nur für die

44**

Fälle von Darmverschlingung, sondern auch für die Fälle von innerer Einklemmung, inclusive der äusserlich nicht oder nur zweifelhaft erkennbaren Hernien der Beckenaperturen, die Incision der Bauchhöhle mit dem Versuch der Hebung des Hindernisses als einen beachtenswerthen, diagnostischen und therapeutischen Eingriff betrachten, der an Gefährlichkeit nicht bedeutender ist, als der Bauchschnitt. —

Der beschriebene Fall möge sich als bescheidener Antheil den interessanten Operationen der Neuzeit in der Bauchhöhle anreihen. Kann er auch nicht in dem Maasse als Beweis für die Richtigkeit der aufgestellten Grundsätze angeführt werden, wie ich es möchte, da Pat. doch gestorben ist, so gebe ich mich doch der Hoffnung hin, dass nach dem, was aus der Krankengeschichte hervorgeht, nach dem Resultat der Section, die Herren Fachgenossen mir beistimmen, wenn ich ihn unter die Fälle zähle, wo durch eine gleichzeitig bestehende tödtliche Krankheit das gute Resultat einer gelungenen Operation nicht zerstört, doch getrübt wurde.

Senftleben. Beitrag zur Lehre von der Entzündung und den dabei auftretenden corpusculären Elementen.

(Virch. Arch. Bd. LXXII. p. 542—581.)

Den Einwänden gegenüber, welche die Cohnheim'sche Auffassung der Keratitis von Seiten Böttcher's u. A. erfahren hat, stellte S. im Breslauer pathologischen Institut eine Reihe von Untersuchungen an, welche auf einer scharfen Sonderung der regenerativen und der entzündlichen Vorgänge basiren und die cardinale Frage, ob die fixen Hornhautzellen Eiterkörperchen liefern, beweiskräftig im negativen Sinne beantworten. — Stellt man durch vorsichtige und kurz dauernde Betupfung mit $66^2/_3$ % Chlorzinklösung auf der Kaninchen-Cornea einen umschriebenen Aetzbezirk her, so bildet sich derselbe innerhalb 4—5 Tagen vollständig zur Norm zurück, ohne dass bis auf eine vorübergehende Conjunctival-Reizung entzündliche Erscheinungen dazwischen träten. Auf vergoldeten Flächenschnitten (Verf. stellt deren 25—30 aus einer gehärteten Kaninchencornea her) lässt sich verfolgen, dass die Regeneration innerhalb des Aetzbezirks durch reines Sprossenwachsthum der benachbarten noch lebenskräftigen Hornhautzellen zu Stande kommt, welche sich verlängern und unter dem Auftreten längs ovaler Kerne spiessförmige Fortsätze, sogenannte Regenerationsspiesse radienförmig dem Centrum des Aetzhofes zusenden. Während des Verlaufs dieses Regenerationsprocesses wird weder im Aetzbezirk selbst noch in der Peripherie der Hornhaut irgend eine Wanderzelle sichtbar, vielmehr sind die einzigen zelligen Gebilde, welche aus der Proliferation der fixen Hornhautzellen hervorgehen, wiederum Hornhautzellen. Die Regenerationsspiesse lassen sich von den bei der Entzündung auftretenden ähnlichen Gebilden, den Entzündungsspiessen mit voller Sicher-

heit unterscheiden durch ihre grösseren längsovalen und in ziemlich grossen Abständen von einander gelegenen Kerne, ihre Anordnung und ihre Färbung. Es ist gleichgiltig, welches Aetzmittel man wählt, nur darf durch die Aetzung nicht mehr als das Epithel verloren gehen, weil durch Eröffnung des Hornhautgewebes der Weg gebahnt wird für die Einwanderung von Wanderzellen aus dem Conjunctivalsack her. Dass wirklich diesem letzteren die bei der sogenannten Keratitis auftretenden Rundzellen entstammen, wird dadurch erwiesen, dass während der Aetzbezirk sonst vollständig frei von Wanderzellen bleibt, er von denselben in reichlichem Maasse infiltrirt wird, wenn ein Faden durch das Hornhautgewebe in den Aetzhof geführt ist. Dass diese Rundzellen nicht von Hornhautzellen herstammen können, geht aus dem Umstande hervor, dass die Hornhautzellen gerade innerhalb des centralen Bezirks, wo jene auftreten, vorher durch die Aetzung vernichtet waren. Um auf anderem Wege die Mitwirkung der Hornhautelemente beim Zustandekommen der Entzündung auszuschliessen, wurden dieselben durch Einspritzen von Terpentinöl in die vordere Augenkammer ertödtet. Trotzdem kam eine hochgradige Entzündung zu Stande. Ebenso konnte in todten Hornhäuten, welche vorsichtshalber noch eine Viertelstunde lang einer Temperatur von 50° ausgesetzt worden waren, das Bild ausgesprochenster Keratitis hervorgerufen werden, wenn dieselben unter Anwendung richtiger Cautelen in die Bauchhöhle lebender Kaninchen eingebracht wurden. Da hier von einer Lebensthätigkeit der Hornhautzellen nicht mehr die Rede sein konnte, so müssten die im Gewebe vorfindlichen Rundzellen ihren Weg aus der Bauchhöhle des Trägers in die Spalten der todten Hornhaut genommen haben.

In Bezug auf die Körnchenkugeln und die vielkernigen Protoplasmaballen, welche im Verlauf mancher Entzündungen auftreten, ist es dem Verf. gelungen zu zeigen, dass dieselben sich überall da aus Wanderzellen entwickeln, wo diese ein zur Aufnahme geeignetes Material vorfinden. Besonders ersichtlich ist dies aus Injectionen von Carmin in die lebende und die todte Cornea, welches von den in die Kanülen-Stichöffnung eingedrungenen Wanderzellen aufgenommen wird, so dass diese sich innerhalb einiger Wochen zu grossen vielkernigen rothen Körnchenkugeln herausbilden.

Lassar (Berlin).

L. v. Lesser. Ueber die Vertheilung der rothen Blutscheiben im Blutstrome. (Aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig.)

(Archiv für Anat. und Phys. — Phys. Abtheilung 1878. p. 41—108.)

Frühere Versuche des Verf. hatten gezeigt (Ueber die Anpassung der Gefässe an grosse Blutmengen. Arbeiten der physiologischen Anstalt zu Leipzig, 1874), dass für die bald nach Aderlässen eintretende Verminderung des rothen Farbsstoffes im Blutstrome eine Verdünnung des Blutes durch reicheren Zufluss von Lymphe oder Gewebs-

flüssigkeit nur in untergeordneter Weise in Betracht gezogen werden dürfe. Es war daher zu prüfen, ob nicht die wesentliche Ursache obiger Erscheinung in einer besonderen Vertheilung der farbstoffhaltigen Blutscheiben, sei es in den entleerten Aderlassportionen, oder in der im Organismus zurückbleibenden Blutmenge zu suchen sei.

v. L. giebt zunächst einen Abriss der Methodik seiner Untersuchungen, die im Original verglichen werden muss, und legt weiterhin ein besonderes Gewicht auf die Gewinnung zuverlässiger Blutproben und auf die passenden Orte der Blutentnahme. — In gewöhnlicher Weise durch Schlagen defibrinirtes Blut ist unbrauchbar, weil die so gebildeten Fibringerinnsel uncontrolirbare und schwer auszuwaschende Mengen von Blutscheiben einschliessen. Deshalb werden die gewonnenen Blutproben sofort in gut verschliessbare Stöpselflaschen in dem 3—4 fachen Volumen destillirten Wassers aufgefangen, mit dem Wasser geschüttelt und sodann auf der Waage das Gewicht des Blutes genau bestimmt. Die hier entstehenden Fibringerinnsel stellen sich in Form kleinster, ganz farbloser Bröckel dar, während alles Hämoglobin in Lösung geht.

Im Gegensatz zu der Anwendung des Capillarblutes, das der so rasch wechselnden Blutfülle des Hautorgans wegen als unzuverlässig erscheint, erachtet Verf. als die geeignetsten Orte der Blutentnahme: die rechte Herzkammer und die grösseren Arterienstämme, weil hier in der That Blut von normaler Mischung wie im Gesammtstrome, in genügender Quantität und unter controlirbaren Verhältnissen der Bewegung gewonnen werden kann. — Es folgen die verschiedenen Verfahren zur Entnahme von Blutproben theils gleichzeitig aus Arterien und Venen, theils aus dem Blutstrome der Arterien oder auch aus einem zugeklemmt gewesenen Arterienstumpf und endlich die Maassnahmen zur Entnahme von Blut aus dem rechten Herzen, als auch aus dem Stamme der Vena portarum (cfr. das Original.) — Es hat sich hierbei ergeben, dass unter gleichen Bedingungen die Blutzusammensetzung in dem Arterienstrome dieselbe ist, wie in dem rechten Herzen und wie in allen grossen Venenstämmen, aus denen das Blut dem rechten Herzen zufliesst. Ebenso hat das in den Arterienröhren strömende Blut dieselbe Zusammensetzung, wie das Blut, welches in einem Arterienstumpf längere Zeit abgeklemmt gewesen ist. — Eine weitere Versuchsreihe sollte den etwaigen Einfluss der Stromgeschwindigkeit auf den Hämoglobingehalt des strömenden Arterienblutes ermitteln. Es zeigte sich hierbei, dass der Hämoglobingehalt des Arterienlutes durch Aenderungen der Stromgeschwindigkeit nicht alterirt wird.

Hierdurch wird die Annahme hinfällig, dass die ersten Portionen eines Aderlasses darum farbstoffreicher erscheinen, weil sie eine grössere Geschwindigkeit besitzen als die zuletzt und langsam be

einer Verblutung sich entleerenden Blutmengen. — So kann der Grund der eigenthümlichen Vertheilung der rothen Blutscheiben in den verschiedenen Aderlassportionen nur in der im Organismus zurückbleibenden Blutmenge gesucht werden. — Es muss bei einer Verblutung der im Körper zurückbleibende Vorrath an Blutscheiben sich derart anordnen, dass eine immer grössere Zahl von Blutscheiben aus der circulirenden Blutmasse temporär gleichsam ausgeschaltet wird. — Die Analyse einer grösseren Zahl von Verblutungsversuchen hat v. L. ergeben, dass hierbei der Hämoglobingehalt nicht allmälig abnimmt, sondern plötzlich sich mindert, sobald der Blutverlust ohngefähr die Hälfte der Blutmenge geliefert hat, welche überhaupt bei einer tödtlichen Verblutung gewonnen werden kann. — Die plötzliche Minderung des Hämoglobingehaltes fällt aber genau zusammen mit dem ebenfalls plötzlichen Abfall des Blutdruckes, der bis dahin unter Schwankungen um die normale Höhe oscillirt hat (selbst mit beträchtlichen Steigerungen, wenn die Aderlässe rasch und in schneller Aufeinanderfolge ausgeführt werden). —

Ueberhaupt ergiebt sich eine auffallende Congruenz zwischen den Verhältnissen des Hämoglobingehalts im Blutstrome bei Aderlässen und dem bereits bekannten und so charakteristischen Verlauf der entsprechenden Blutdruckcurve. — Einen noch mehr zwingenden Beweis für obiges Abhängigkeitsverhältniss zwischen Blutdruck und Hämoglobingehalt ergeben Versuchsreihen an Thieren, deren Blutmenge durchaus intact bleibt, und wo man nur durch bestimmte Kreislaufstörungen Aenderungen in den Spannungsverhältnissen des Gefässsystems einführt. — Bisher sind nur einzelne den Kreislauf modificirende Eingriffe geprüft worden. So wurden als die Spannung mindernde Momente eingeführt: zunächst die Fesselung der Thiere in ruhender Stellung, sodann die Durchschneidung des Halsmarks und ferner die temporäre Ligatur der Pfortader. — Während in allen diesen Fällen eine quantitativ genau begrenzte und gesetzmässig immer wiederkehrende Abnahme des Hämoglobingehaltes im Blutstrome sich nachweisen liess, konnte durch entgegengesetzte Maassnahmen dargethan werden, dass man die in gewissen Bezirken angestauten Farbstoffmassen, nachträglich wieder dem Blutstrome zuführen könne. — Als solche die Spannung steigernde Eingriffe wurden bis jetzt hinzugefügt: Reizungen des Halsmarkes, Auspressungen der Unterleibsorgane und Lösung der Portaligatur und Auspressungen der unteren Extremitäten, nachdem die Aorta abdominalis subrenalis längere Zeit verschlossen gewesen war. —

Um Weitläufigkeiten zu vermeiden, fügen wir die hierauf bezüglichen Schlussresultate v. L.'s im Wortlaut an:

Bei andauernder Fesselung der Thiere in horizontaler Rückenlage verharrt der Hämoglobingehalt des Blutes auf der Norm; oder er zeigt vorübergehende Steigerungen und Minderungen. In letzterem Falle kann die Abnahme des Hämoglobingehalts vorübergehend

selbst einen Grad erreichen, wie dieselbe sonst nur nach grösseren Blutverlusten eintritt.

Durchschneidungen und Reizungen des Rückenmarks ergeben eine ähnliche Beziehung zwischen den Hämoglobinmengen im Blutstrome und den Spannungsänderungen im Aortensystem, wie bei Verblutungen. — Nachdem einige Zeit nach der Markdurchschneidung der Blutdruck bis auf einen gewissen Werth gesunken ist, tritt auch hier eine plötzliche Abnahme des Farbstoffgehaltes im Blutstrome ein, wie nach Verlust von etwa der Hälfte des überhaupt zu erzielenden Aderlassblutes. — Auch scheinen bei Rückenmarksdurchschneidungen die Grenzen, bei welchen Blutdruck und Hämoglobingehalt eine für das Leben bedrohliche Abnahme zeigen, an derselben Stelle zu liegen, wie bei tödlichen Verblutungen.

Nach Unterbindung der Pfortader vollzieht sich die Abnahme der Hämoglobinmenge im Aortensystem verschieden rasch, je nach der Zahl und der Grösse der Collateralbahnen, welche dem Portalblut einen Ausweg in das System der Venae cavae gestatten. — Die Minderung des Hämoglobingehaltes vollzieht sich anscheinend rascher als das Absinken des Blutdruckes. — Die verschiedenen Folgezustände der temporären Pfortaderligatur: Erholung, Erschöpfung, Tod dürften, ausser von der Dauer des Verschlusses, noch von gewissen nicht ganz klaren, individuellen Verhältnissen der Versuchsthiere abhängig sein. — Grosse kräftige Hunde vertragen den Eingriff, selbst bei mehrmaliger Wiederholung am besten.

Die temporäre Unterbrechung des Kreislaufes in den unteren Extremitäten, durch Zuschnürung der Aorta subrenalis, wirkte nur dann verändernd ein auf den Hämoglobingehalt des Aortenstromes, wenn entweder reflectorische Erregungen der Gefässnerven stattfanden, oder wenn man gleichzeitig Kreislaufstörungen in anderen Gebieten, durch Auf- und Zubinden der Pfortader, eingeführt hatte. — Die Druck mindernde Eigenschaft des Pfortaderverschlusses scheint bei unterbrochener Circulation in den hinteren Extremitäten rascher sich geltend zu machen, als bei ungehindertem Blutstrom in den Verzweigungen der Aorta subrenalis. **J. Munk** (Berlin).

S. M. Bradley. Antiseptic surgery.

(Brit. med. Journ. 1876. Vol. I. p. 256.)

In einem längeren Vortrage sucht B. darzuthun, dass Lister's Verbandweise ungerechtfertigt und unwirksam sei. Es sei ein Unrecht, diese Verbandweise katexochen mit der Bezeichnung »antiseptischer Verband« zu belegen. Hewson's Verband mit trockener Erde, Hamilton's trockener Verband, Waddy's Tereben-Verband bezweckten ebenso die Eiterung zu verhindern; Lister's Verdienst bestehe lediglich darin, die von Pasteur erkannte Ursache der Eiterung und von Lémaire erkannte Wirksamkeit der Carbolsäure auf Bacterien

weiter verbreitet und eine eigene Verbandtechnik angegeben zu haben. Noch existire keine Statistik Lister's, die über den Werth seiner Verbandmethode Auskunft gebe, jedenfalls halte dieselbe, wie B. meint, bei aller Peinlichkeit der Ausführung Eiterung und Pyämie nicht fern. Verf. bespricht ausführlich die Ursachen der Eiterung und steht bei der kritischen Beurtheilung ganz auf dem Standpunkte Neudörfer's. Spray, Deckverband, Drainrohr sind mindestens überflüssig, wenn nicht gar schädlich; Kostspieligkeit und Complicirtheit sind die letzten Einwendungen, die er erhebt. Er selbst übt eine sogenannte offene Wundbehandlung, bei der in Carbol-Glycerin getauchtes Lint und carbolisirte Heede als Verbandmaterialien verwandt werden; Wasser bleibt von den Wunden fern, Eiter wird nicht abgespritzt, lieber abgewischt oder ausgedrückt, ausser bei sinuösen Abscessen, bei welchen Callender's hyperdistendirende Injectionen benutzt werden. Mit dieser einfachen Wundbehandlung hat er im letzten Jahre folgende Resultate erreicht:

Amputationen im Vorderarm	3	Resectionen des Ellenb.-Gelenks	8
- - Ellenb.-Gelenk	1 †	- - Hüftgelenks	2
- - Oberarm	4	- - Kniegelenks	4 (1 †)
- - Schultergelenk	1	- - Handgelenks	2
- - Hüftgelenk	1	1 Entfernung eines freien Gelenkkörpers aus dem Knie	
- - Oberschenkel	13 (3 †)	1 Operation einer ungeheilten Vorderarmfractur.	
- - Unterschenkel	2		
- - Fussgelenk	8		

Von diesen 55 grossen Operationen sind mithin 5 gestorben; 1 Pat. am Shok am 2. Tage; die anderen später durch Ursachen, welche mit der Wundbehandlung in keinem Zusammenhange standen.

Pilz (Stettin).

Ignaz Neudörfer. Die chirurgische Behandlung der Wunden.
Wien, **W. Braumüller.** 1878.

Im ersten Abschnitte seiner Monographie giebt N. die Geschichte und Entwickelung der heutigen Ansichten über Wundbehandlung sowie der Lehren Lister's. Im 2. Abschnitte p. 56—77 folgt die Kritik der Lister'schen Anschauungen und im letzten Theile p. 77—159 legt Verf. das Wesen eines guten Verbandes dar, beschreibt seine Wundbehandlungsweise und bespricht endlich die gebräuchlichsten Verbandmethoden. Benutzten die älteren Aerzte zur Bekämpfung der Entzündung und Eiterung als Antiphlogose Kälte, Druck und Abschluss der Luft, so wandte man, als die Erkenntniss sich Bahn gebrochen, dass das begleitende Fieber einen besonders schädlichen Einfluss habe, methodisch die permanente Irrigation, das Wasserbad und häufigen Verbandwechsel an. Die neuere Zeit will die Eiterung von Vegetationsformen niederer Organismen abhängig machen. Nach N. ist diese Panspermie nicht zulässig. Nachdem er den Inhalt der Lémaire'schen und Déclat'schen Bücher über Carbolsäure wiedergegeben, bespricht er die seit 1867 erschienenen Publicationen Lister's und die gegen diesen gerichteten kritischen Arbeiten Simp-

sons's, Lamond's und Morton's. Die polemischen Auseinandersetzungen des 2. Abschnittes können an dieser Stelle keine Besprechung finden.

Nach Verf. sind die Microorganismen oft nur die Begleiter, bisweilen die Träger oder Erreger der Zersetzung; ein specifisches Micros. septicum giebt es nicht. Die im Thierorganismus in löslicher Form vorhandenen Eiweissstoffe haben eine sehr unbeständige, chemische Constitution; sobald sie die Gefässbahnen oder Gewebsräume verlassen, extravasiren, oder diese erkranken, oder einen Reiz erleiden, erfahren die Albuminate eine moleculäre Umlagerung, Zersetzung. Als solche Erreger, Fermentkörper, sind zu betrachten: 1) alle veränderten Albuminate des Thierkörpers, 2) veränderte Albuminate des Pflanzenreichs als Baumwolle, Jute, Lint etc., 3) Wasser, 4) mechanische Einflüsse als Stoss etc., 5) dynamische Einflüsse, z. B. jede Nervenerregung. Nun ist die Carbolsäure wie die Salicylsäure, Zimmtsäure etc. ein Körper, der eine feste, chemische Verbindung mit den Albuminaten eingeht, und sie dadurch stabil macht; dieser Umstand macht sie zu den parenchymatösen Injectionen besonders verwendbar; auch sollen sie die Eigenschaft haben, die vasomotorischen Nerven des Erkrankungsgebietes zur Contraction anzuregen. Die Heilung einer Wunde erfolgt von selbst, wenn man alle Schädlichkeiten von derselben fern hält und die Heilung nicht stört. Als solche Schädlichkeiten sind anzusehen die unreinen Hände, Kleider und Instrumente der Aerzte, das Wasser, die meisten Verbandmaterialien, der häufige Verbandwechsel.

Von den bisher geübten Wundbehandlungen hat die sehr brauchbare offene ein sehr beschränktes Feld der Anwendung; sie hat den Nachtheil, nie prima reunio zu geben und eine protrahirte Heilungsdauer zu liefern und bedarf schliesslich noch der weiteren Unterstützung durch Hautüberpflanzungen etc.; die Weichtheile erleiden bei dieser Behandlungsmethode meist eine bedeutende Retraction.

Die Bouisson'sche Ventilationsmethode, nicht ganz werthlos, ist zweckmässig mit der offenen Wundbehandlung zu verbinden. Dem A. Guérin'schen vielgelobten Watteverbande wird der Vorwurf gemacht, mit der Watte selbst nicht nur Infectionsträger an die Wunde bringen zu können, sondern auch durch Zersetzung seiner albuminhaltigen Faser fermentirend auf die Secrete der Wunde direct zu wirken.

Pils (Stettin).

R. T. Gore. Ligature of the arteria innominata for aneurism of the subclavian artery.

(The Lancet 1878. Vol. II. p. 119.)

Verf. publicirt einen vor 20 Jahren operirten Fall. Der 52jährige Mann bemerkte vor 3 Jahren eine wallnussgrosse Schwellung in der rechten Achselhöhle, die im letzten Jahre schneller zunahm, Pulsation zeigte und Schmerzen verursachte. Bei der Aufnahme in's

Hospital zu Bath reichte der pulsirende Tumor von der Achselhöhle unter dem M. pectoral. bis zu den Mm. scalen. Am 24. September 1856 machte G., da eine Unterbindung innerhalb der Scaleni unausführbar war, die Ligatur der Innominata; behufs der Unterbindung war ein dreieckiger Lappen gebildet worden durch 2 Schnitte parallel der Clavicula und am Rande des M. sternocleïd. Die Mm. sterno-hyoid. und thyroid. mussten am Sternum abgetrennt werden; die Unterbindung war sehr leicht, die Blutung gering. Sogleich erlosch der Puls im Aneurysma, in den Gefässen des Armes und in der rechten Gesichtsseite. Frostanfälle ohne nachhaltige Folgen traten am 28. September und 5. October auf; am 8. October bemerkte man einen Impuls an der Ligatur isochron dem Herzschlage; am 17. Tage kam bei einem Hustenstosse ein Blutcoagulum aus der Wunde, gefolgt von zum Tod führender arterieller Nachblutung.

Section: Die Innominata war theilweise von der an ihr festhaftenden Ligatur durchschnitten, das centrale Ende war kaum verengt, aber theilweis durch einen $^3/_4''$ langen Thrombus geschlossen; das bedeutend verkleinerte Aneurysma der Subclavia, Axillaris und etwas der Brachialis angehörend, enthielt festes Coagulum. Die Carotis war bis zur Theilungsstelle thrombosirt, die Ven. axill. ebenso; die Aorta zeigte atheromatöse Entartung. Von der Operationswunde reichte in's Mediastinum antic. und nach dem Nacken unter dem M. sternocleid. hinauf eine mit stinkendem Eiter gefüllte Höhle; Herz gesund.

Verlief auch der vorstehende Fall unglücklich, so glaubt G., dass bei der verbesserten Wundbehandlungsmethode der Jetztzeit die Operation in einem ähnlichen Falle von besserem Erfolge gekrönt werden wird. Er gedenkt kurz einer 2, vor 50 Jahren in Bath ausgeführten Ligatur der Innominata, die am 5. Tage durch Pericarditis tödlich endete. Pilz (Stettin).

G. Leopold. Ueber den Werth der subcutanen Ergotininjectionen bei Fibromyomen und chronischer Hypertrophie des Uterus, nebst zwei Sectionsbefunden.

(Arch. für Gynäkologie Bd. XIII. p. 182.)

Verf. berichtet recht befriedigende Erfolge der Hildebrandtschen Ergotineinspritzungen bei Fibromyomen und bei chronischer Hyperämie und Hypertrophie der Gebärmutter. Natürlich muss man die passenden Fälle auswählen. Hierbei verdienen die Hildebrandtschen Vorschriften bezüglich der Fibroide rückhaltlose Billigung; bezüglich der mit starken Blutungen complicirten chronischen Hypertrophie der Gebärmutter erscheinen die Fälle am geeignetsten für die Behandlung, in denen mangelhafte Involution des schlaffen, nicht selten retroflectirten Organs vorliegt.

Der Erfolg stellte sich bei den Fibroiden so, dass von 12 Pat. 3 (25 %) ungebessert blieben, 5 eine wesentliche Verminderung der

Blutung ohne Verkleinerung der Tumoren und 4 (33 %) eine erhebliche Schrumpfung der letzteren constatiren liessen. — In 5 Fällen von Uterusinfarct und in einem von Dysmen. membranacea wurden die Symptome erheblich gebessert.

Als Präparat empfiehlt L. Wernich's Extract in Aq. destill. 1:5 gelöst. L. injicirt gewöhnlich nur $1/2$ bis $3/4$ Pravaz'sche Spritze und wiederholt die Injection in schwereren Fällen täglich, namentlich in der ersten Zeit der Cur. Die Wiederholungen fanden bis zu 120 Mal und darüber statt. Intoxicationserscheinungen wurden nicht beobachtet. —

Das Hauptinteresse der Arbeit knüpft sich an den Umstand, dass 2 von den mit Fibroiden behafteten Frauen starben — die eine an Phthisis pulm., die andere an Apoplexia cerebri. — nachdem längere Zeit die Ergotinbehandlung wegen bedeutender Besserung sistirt war.

Bei der einen erschien der etwa faustgrosse, interstitielle Tumor blassgrau, fast blutleer, gegen die Muscularis uteri durch eine harte, gezackte, meist 2—3 mm breite Kalkschale sich absetzend, »welche die für gewöhnlich ein Fibroid umgebenden starken Blutgefässe in in ihren Bezirk aufgenommen hat.« Unterm Mikroskop erschienen die von Bindegewebe durchflochtenen Muskelbündel sehr getrübt und verfettet. — Auch im 2. Fall zeigten sich die spärlicheren Muskelfasern der etwa hühnereigrossen Geschwulst »getrübt, verfettet; an verschiedenen Stellen braunschwärzlich gefärbt, in Verkalkung begriffen.« Umgeben war der Tumor von einem Labyrinth dicht zusammengepresster, zwiebelschalartig angeordneter Blutgefässe. Die beträchtliche Verminderung der Blutmenge bei so reichlich entwickelten Blutgefässen wird besonders hervorgehoben.

Löhlein (Berlin).

J. A. Kempe. Phimosis as a cause of rupture in children.

(The Lancet 1878. Vol. II. p. 119.)

Der so häufig bei Kindern vorkommenden Phimose sind manigfache Störungen zugeschrieben; Incontinentia urinae, krampfhafte Anfälle, Masturbation, Balanitis, paralytische Affectionen (Sayre, Ziemsen). Die nächste Schädigung erfährt durch die Phimose natürlich die Blase und zwar durch Auftreten von Reizbarkeit, Harnverhaltung, Blutharnen (Bryant); aber weiterhin wird sie ein prädisponirendes Moment für die Entstehung von Hernien. Mc Owen hat eine hierauf bezügliche kurze Angabe gemacht, indem er räth, bei umbilicalen und inguinalen Hernien die Oeffnungen der Urethra und des Präputium zu untersuchen. Da das Vorkommen der Hernien im Kindesalter ein recht häufiges ist (nach Malgaigne 5 %) und man geneigt ist, als entfernte Ursache Anstrengungen, wie Schreien, Husten etc. anzusehen, so hätte es nach K. doch nahe gelegen, auch dem Drängen durch behinderten Urinabfluss bei Phimose seine Aufmerksamkeit zu-

zuwenden. Um weiteren Aufschluss zu erhalten, untersuchte er hierauf in der Poliklinik die Kinder und fand bei 50 mit Phimose behafteten, die nach einander — ohne Auswahl — zur Untersuchung kamen, dass 31 Hernien hatten, 5 Mal bestanden sogar doppelseitige Leistenhernien; in keinem Falle hatte die Hernie bei der Geburt bestanden, das jüngste dieser Kinder war 3 Wochen alt mit sehr engem Präputium; K. machte in allen Fällen Circumcision, alle Kinder wurden gebessert, bei 5 verschwand die Hernie schnell nach der Operation.

Pilz (Stettin).

W. Busch. Operation des Genu valgum nach Ogston.

(Correspondenzbl. des ärztlichen Vereins in Rheinland etc. 1878. No. 22. p. 9.)

B. spricht sich gegen die allgemeiner werdende Anwendung dieses Verfahrens (vergl. Bericht über die diesjährige Sitzung des Chirurgencongresses) aus. Nachrichten über die definitive Brauchbarkeit der so operirten Gelenke fehlen noch. Die habituellen Genua valga sind bei Pat. bis zum Alter von 22 Jahren in der bekannten orthopädischen Weise heilbar; die Heilung ist eine vollständige, die Extremität wird zu jedem Gebrauch dienstfähig. Doch giebt es exceptionelle Fälle von Genu valgum, in welchen die Orthopädie erst nach sehr langer Zeit oder überhaupt gar nicht zum Ziel führt. Für diese ist das Ogston'sche Verfahren als eine wirkliche Bereicherung unserer chirurgischen Therapie zu betrachten. B. demonstrirt den Gipsabguss des Beines eines sechzehnjährigen Burschen, welcher vor einigen Jahren durch einen Sturz von einem Baum eine Knieverletzung, wahrscheinlich Abriss des inneren Condylus erlitten hat. Als nach monatelangem Krankenlager der Pat. sich etwas auf sein Bein zu stützen begann bildete sich allmälig eine Valguskrümmung aus, welche gegenwärtig sich einem rechten Winkel nähert. Der Cond. int. femor. springt hypertrophisch ausserordentlich weit vor, der Cond. int. tibiae steht im Sulcus intercondylicus und bei keiner Stellung des Beines, selbst nicht bei der möglichst stärksten Beugung war man im Stande die Gelenkfläche des inneren Tibia-Condylus der des Femur gegenüber zu führen. Hier konnte Orthopädie nichts helfen. — Operation nach Ogston. Der Condylus wurde vollständig durch die Säge getrennt, da Versuche an Leichen gezeigt hatten, dass wenn bei unvollständiger Einsägung die Absprengung nicht gelingt, das Wiederauffinden der Furche mit der Säge in dem subcutanen Canal einige Schwierigkeit hat. Heilung fieberlos, ohne jede Eiterung. Nach 2 Monaten war der Condylus an seiner neuen Stellung noch nicht ganz fest consolidirt. (Diese Verwachsung ist jetzt vollendet. Pat. braucht sein Bein zum Gehen durchaus nach Wunsch. Bis jetzt sind nur minimale Beugebewegungen möglich. Anm. des Ref.) **Madelung** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

R. Albrecht. Eine einfache Methode zur mikroskopischen Untersuchung des Bluts auf Spirillen.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1878. No. 20 p. 165.)

Man lässt einen Blutstropfen auf einem Objectglas 6—12 Stunden lang vertrocknen, dann wird wiederholt ein Tropfen Eisessig zugesetzt, mit destillirtem Wasser vorsichtig abgespült und schliesslich das Präparat wieder getrocknet. Jetzt sieht man unter dem Mikroskop nur noch Kerne und Körnchen von weissen Blutkörperchen und dazwischen die Spirillen, welche beträchtlich dicker erscheinen als bei der Untersuchung mit Immersion. Trocken lassen sich diese Präparate ohne weiteres aufbewahren; für Einschluss in Balsam oder Glycerin bedarf es der Färbung mit Anilinfarben. Fäulnissbacterien werden ebenso gut zur Ansicht gebracht, ob auch andere Vegetationen, konnte Verf. aus Mangel an passendem Material noch nicht feststellen. (Vergl. Koch (Wollstein), im Centralblatt für Chirurgie 1878. No. 14.) **Mögling** (Schwenningen).

Kaposi. Vaseline und Unguentum vaselini plumbicum.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 17.)

Vaseline, oder bezeichnender Saxaleum inspissatum genannt, wird aus dem bei der Destillation des Petroleum bleibenden Rückstand gewonnen und ist ein Gemenge aus gesättigten Kohlenwasserstoffen, die sehr stabile und indifferente Körper sind. Daher eignet sich das Mittel in vielen Fällen von Hautkrankheiten als Vehikel sehr gut. In Aether und Alkohol löst es sich. Am meisten empfehlenswerth ist das Vaseline, um eine für Behandlung der Hautkrankheiten fast unentbehrliche Diachylonsalbe darzustellen. Direct lässt sich Lithargyrum nicht mit Vaseline zu Salben verarbeiten, aber sehr gut, wenn man gleiche Theile Emplastr. Diachyl. simpl. und Vaseline zusammenschmilzt und mit einander verkocht. Diese Salbe nennt K. Ungt. vasel. plumbicum. — Directe therapeutische Wirkung gegen Hautkrankheiten hat Vaseline nicht. **v. Mosengeil** (Bonn).

A. Bentley. On the cure of Elephantiasis arabum, with special relation to the pathologie of Lewis.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 784.)

In einem schweren Falle von seit 10 Jahren bestehender Elephant. arab. pedis und einem zweiten von Eleph. scroti erreichte B. volle Heilung resp. erhebliche Besserung durch folgendes Verfahren. Er liess die erkrankten Theile andauernd in Schwebe erhalten. Nachdem man warme Umschläge auf die erkrankte Partie gemacht, wurden dieselben anfangs 2 Mal, nach eingetretener Besserung nur 1 Mal täglich mit starker grauer Salbe eingerieben. Als eine erhebliche Volumsabnahme — beim Beine nach 2 Wochen eingetreten — war, wurde nach der Einreibung eine Einwickelung des Gliedes vorgenommen. Innerlich verabreichte B. ausser Kal. chlor. als Mundwasser ein Gemisch von Chlorkali, Jodkali und Sublimat. Nach 3 monatlicher Behandlung war der erste Pat. absolut genesen, konnte 15 Meilen im Tage gehen, hatte keinen Fieberanfall mehr.

Verf. meint, das von Fayrer sogenannte »elephantoid Fieber« sei nicht die Ursache der Krankheit, sondern ihre Folge und glaubt, dass die neuerdings von Lewis bei Elephantiasis aufgefundene Filaria durch die Quecksilberbehandlung getödtet werde, welche Behandlung zugleich erfahrungsgemäss die krankhaften Producte chronischer Entzündung zerstöre und zur Resorption bringe.

Pilz (Stettin).

Duhring und Van Harlingen. On the treatement of Eczema rubrum by means of glycerole of the subacetate of lead.

(Philad. med. Times 1878. August 3.)

Essigsaures Blei 5, Bleiglätte $3\frac{1}{2}$, Glycerin 20[1], wurden gemischt und einige Zeit auf etwa 180° C. erhitzt und filtrirt. Die klare Flüssigkeit

[1]) Vorschrift von Balmanus (Med. Times and Gazette 1876 Vol. I. März

enthält 7,2 plumb. subacet. auf 30,0 g Flüssigkeit. Sie wird mit reinem Glycerin verschiedentlich verdünnt (0,9—2,5:30 Glycerin) und zum Durchtränken der Lappen benutzt, welche 2 Mal täglich mittelst Binden um die kranken Stellen gebunden werden. Beim Verbandwechsel soll womöglich keine Reinigung mit Wasser stattfinden, nur etwaige Krusten werden mit warmem Wasser losgeweicht. Besonders günstig erweist sich das Mittel bei Eczema rubrum der unteren Extremitäten von grosser Ausdehung, tiefdunkler Farbe, mit starker Secretion und Infiltration der Haut, mit oder ohne Varicenbildung.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Neumann. Die Therapie einzelner Hautkrankheiten durch Goa-Powder.

(Vortrag gehalten im Wiener med. Doctorencollegium am 18. März 1878. Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 12.)

Verf. bespricht mit Anführung besonders guter Resultate die Therapie des Herpes tonsurans, der Pityriasis versicolor und der Psoriasis vulgaris mit dem in Brasilien, China, Japan und neuerdings auch in England verwandten Mittel, das unter dem Namen »Poh de Bahia, Goa-Powder oder Araroba bekannt ist. Dasselbe stammt von einer Leguminose (Caesalpinia oder Centralobium) in Valencia. Das aus dem Marke des bis 24 Meter hohen Baumes gewonnene Pulver ist grau, wird bei Luftzutritt dunkler und enthält etwa 84 % Chrysophansäure, welche Verf. in Salbenform (1 auf 4) ebenfalls anwandte. **v. Mosengeil** (Bonn).

P. Letters. Case of chronic anaemia resulting from gastric hemorrhage; successfully treated by transfusion of blood.

(The Lancet 1878. Vol. II. p. 116.)

Eine 60jährige Frau hatte längere Zeit an Magengeschwür und heftigen Blutungen aus demselben gelitten, 8 tägige starke Diarrhoe führte sie zur äussersten Erschöpfung und hochgradigsten Anämie; da gereichte Tonica keinen Nutzen brachten, der Appetit sich durchaus nicht einstellen wollte, der Puls klein, bisweilen nicht fühlbar und unregelmässig war, so machte L. mittelst Roussel's Apparat unter warmem Wasser (104° F.) eine directe venöse Transfusion. Als 4 Unzen übergeleitet waren, traten Brustbeklemmung, krampfhafter Husten und ein ausserordentlich schmerzhafter Krampf in den Lenden ein, sogleich wurde die Ueberleitung abgebrochen. Diese bedrohlichen Erscheinungen hörten in einer Viertelstunde auf; 10 Minuten später erfolgte ein $1/2$ Std. dauernder Frostanfall, gefolgt von Hitze, Schweiss und endlicher Ruhe. Puls 105. Schon am folgenden Tage fühlte sich Pat. etwas besser, hatte Appetit, spontane Stuhlentleerung. Puls 98. Am 2. Tage erschien leichte Röthung des Zahnfleisches, der Lippen, der Gesichtsausdruck ist viel frischer, Pat. kann aufrecht sitzen, der Appetit ist besser. Puls 96. Diese Besserung des Allgemeinbefindens, das Verschwinden der anämischen Symptome hält gleichmässig an, so dass Pat. schon am 11. Tage ausgehen kann. Dieser Fall beweist nach L. die ausserordentliche Wirkung der Transfusion selbst kleiner Mengen gesunden Blutes und lässt ihre Ausführung dringend geboten erscheinen bei allen Formen chronischer Anämie, bei welcher die sogenannten Tonica im Stiche lassen, zumal durch die vollendete Technik die Operation fast gefahrlos geworden ist. — **Pilz** (Stettin).

Greig Smith. Two cases of suicidal fracture of the skull. — Bristol royal infirmary.

(Med. times and gaz. 1878. April 6.)

1. Fall. 44jähriger Schuhmacher, Potator, stellte sich vor einen Spiegel und schlug sich mit einem 3 Pfund schweren Schusterhammer wiederholt auf den Kopf; man fand ihn auf dem Boden liegend, den Kopf des Hammers in der Hand, der

---

18 und 25), ferner Essays on the treatement of skin disease No. 2. (Second Ed.) London. Churchill 1878.

zerbrochene Stiel lag unter ihm. Bei der Aufnahme sehr apathisch; über einen Raum von 3 Zoll im Durchmesser ist die Kopfhaut vollständig entfernt und noch einen Zoll weiter sind die weichen Kopfbedeckungen zu Brei zermalmt. In der Mitte der getroffenen Partie eine $^3/_4$ Zoll tiefe und 2 Zoll im Durchmesser haltende Depression; die deprimirten Fragmente stark zersplittert und setzt sich die Splitterung auf die benachbarten, nicht deprimirten Knochentheile fort. Nach Wegnahme der losen Splitter zeigt sich die Dura mater in einer Ausdehnung von $1^1/_2$ Zoll im Durchmesser von dem Knochen abgelöst. Antiseptischer Verband. Sehr günstiger Verlauf bei vollem Bewusstsein bis zum 20. Tage, die Wunde füllte sich schnell mit Granulationen. Da plötzlich Anfall von Dyspnoe, Tod nach wenig Minuten. — Die Section ergab eine Lungenarterienembolie, ausgehend von einer Thrombose im rechten Herzohr. Das Gehirn in der Umgebung der Wunde frei von Entzündung.

2. Fall. 73jähriger decrepider Mann schlug sich mit einer Sodawasserflasche auf den Kopf, bis dieselbe zersprang; man fand ihn, wie er versuchte, die Kopfhautlappen sich über die Ohren zu ziehen. Die Untersuchung ergab ausgedehnte Riss- und Quetschwunden der Kopfschwarte und mehrere kleine Brüche der Tabula externa. Guter Wundverlauf, geringfügige Nekrosen der Weichtheile und Knochen. Tod nach drei Wochen an Bronchopneumonie.

H. Wildt (Berlin).

Friedinger. Fremde Körper im menschlichen Auge.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 14.)

Verf. theilt zwei Fälle mit, in welchen das menschliche Auge eine ausserordentliche Toleranz gegen fremde Körper zeigte. Im ersten war einem Schmied ein glühendes Eisenstück in das Auge geschleudert. Durch eine am äusseren Augenwinkel, genau am Limbus conjunctivae gelegene penetrirende Wunde hing, als Verf. den Pat. zwei Tage nach der Verletzung sah, fetzig zerrissene Iris heraus. Das vorgefallene Stück wurde resecirt, Atropin eingeträufelt und ein Verband angelegt. Es trat Heilung ein, obwohl sich nach einigen Tagen zeigte, dass eine Cilie in der vorderen Kammer quer lag, die nun seit über vier Jahren ohne Reiz zu veranlassen, getragen wird. Im zweiten Falle entdeckte bei Gelegenheit einer Consultation wegen öfter wiederkehrender Iritis Verf. im Auge eines Steinmetzen ein seit 19 Jahren in der vorderen Kammer getragenes Steinsplitterchen, das sich auch nicht entfernen liess, aber anscheinend schadlos blieb. Es wechselte bisweilen seinen Platz, lag aber meist, der Schwere folgend am Boden im Falze, wo sich Cornea und Sclera berühren. **v. Mosengeil** (Bonn).

Baiardi. Cisti sanguigna della regione laterale destra del collo.

(Gazz. dell. clin. 1878. No. 17.)

Diese von Bottini exstirpirte Cyste war hühnereigross, verdrängte die Carotiden nach vorn, zog sich unter den M. Sternocleidomast. hinunter und reichte bis an den Vorderrand des M. cucullaris. Es liess sich ausser Erweiterung der V. jugul. ext. das völlige Fehlen der V. jugul. interna constatiren. B. glaubt, wie auch aus dem Befunde der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchung hervorgeht, die Cyste den von Koch und Günther publicirten Fällen anreihen zu können, in welchen es sich um eine congenitale Hemmungsbildung der Vene handelte. **Escher** (Triest).

J. Radek. Ein Lungenabscess von ungewöhnlicher Grösse.

(Przegląd lekarski 1878. No. 23. polnisch.)

Es wurde Abends ins Spital ein 44jähriger Mann in grösster Athemnoth gebracht. Die in aller Eile angestellte Untersuchung wies zwei grosse mit einander communicirende Abscesse in der Nähe der rechten Mamilla nach und da der Mann schon längere Zeit krank gewesen sein soll und beim Druck auf diese Abscesse noch grössere Athemnoth empfand und dabei viel Eiter aushustete, wurden die Abscesse für ein Empyema necessitatis gehalten, das sich in einen Bronchus geöffnet haben musste. Man schritt daher sogleich zur Eröffnung der Abscesse. Nach Abfluss

von wenigstens 1 l reinen Eiters und Ausspülen der Höhle mit Carbolwasser, empfand Pat. sogleich Erleichterung, die jedoch nicht mehr als 12 Stunden dauerte, denn am folgenden Tage fing Pat. von Neuem zu fiebern an. Als Ursache wurde eine frische anderseitige Pleuritis gefunden. Tod nach 29 Stunden. Bei der Section zeigte sich, dass das Empyema necessitatis nicht von eitriger Pleuritis, sondern von einem ungewöhnlich grossen Lungenabscesse ausgegangen war.

Obaliński (Krakau.)

Wojtekiewicz. Ein Fall von Aneurysma der Bauchaorta.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1878. No. 22. p. 182.)

Einem Unterofficier wurde 1875 von einem Arrestanten ein Eisenstab aus einem Fenstergitter über einen Zoll tief etwas nach links und unten vom Nabel in den Bauch gestossen. Kein Prolaps, dagegen 14tägige Bewusstlosigkeit, nachher heftige Schmerzen und zweimonatliche Eiterung bis zur trichterförmigen Vernarbung 1877 wegen Schmerzen im Bauch ins Lazareth aufgenommen. Es findet sich rechts von der Narbe eine zweifaustgrosse, unbewegliche, überall deutlich pulsirende Geschwulst, über welcher die Bauchdecken verschiebbar sind; in beiden Art. femorales Retardation der Pulswelle. Spontan wenig Schmerzen, bei Druck Ohnmachtsgefühl; Bauch tympanitisch aufgetrieben. Die übrigen Organe zeigen nichts Pathologisches, ebensowenig der Harn. Diagnose: traumatisches Aneurysma der Bauchaorta.

Mögling (Schwenningen).

W. Gross. Cylindrical epithelial carcinoma of the omentum.

(Philad. med. Times 1878. Juli 20.)

Der harte rundliche Tumor mit subcutanem Sitz in der Linea alba nahe am Nabel war von dem 50jährigen Patienten erst vor $^1/_4$ Jahr gelegentlich einer Bronchitis bemerkt worden; die Hustenstösse bewirkten dort heftigen Schmerz. Nach den Mahlzeiten wurden ebenfalls die Schmerzen sehr intensiv. Erbrechen fehlte. Pat. sehr marastisch. Nach Spaltung der Haut fand G. den Tumor auf der Fascie des Obliquus abdom. ext. aufliegend, in der Linea alba war eine Oeffnung, durch welche ein $^1/_8''$ im Durchmesser betragender, 1'' langer Strang in die Bauchhöhle zum Omentum ging. Nach Umschnürung des Stiels wurde der Tumor abgeschnitten, worauf für einige Zeit Besserung eintrat. Bald stellte sich Ascites ein, 2 Monate nach der Operation starb der Pat. Keine Section. Der Tumor hat 1'' im Durchmesser, ist mässig hart, fein höckerig auf der Oberfläche und von einer feinen bindegewebigen mit Fett durchsetzten Kapsel umgeben, welche zwischen die Geschwulsthöcker sich einsenkt. Mikroskopisch setzte sich derselbe aus langen Schläuchen und Alveolen mit Auskleidung von Cylinderepithel zusammen. Stellenweise ist colloide Erweichung eingetreten. Ob der Tumor ein primärer oder secundärer war, liess sich natürlich nicht feststellen; G. hält das letztere für wahrscheinlicher. In den von Petrina (Prager Virteljahrsschrift Bd. II. p. 41. 1872) zusammengestellten 40 Fällen von Carcinoma peritonei waren 26 secundär; von den 14 primären waren 9 Markschwämme, 5 scirrhös.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Byrom Bramwell. Acute cancer of the bladder and other organs.

(Med. times and gaz. 1877. Dec. 22.)

34jähriger, bis dahin immer gesunder und kräftiger Arbeiter. Vor 5 Wochen zeigte sich ein kleiner Knoten in der rechten Leistengegend, eine Woche später Anschwellung des rechten Beins; rapide Abmagerung. — Bei der Aufnahme enorme harte Anschwellung des rechten Beins, Verdickung der Haut in der rechten Weiche und den unteren Partien der rechten Seite des Abdomen; hier kleine erbsengrosse Knötchen in der Haut; geringer Ascites, bedeutende Anschwellung der Leber, Milz nicht sehr vergrössert. Pat. ist benommen und somnolent; keine Veränderungen im Auge und im Blute zu constatiren. Im weiteren Verlauf traten allgemeine klonische Krämpfe mit Verlust des Bewusstseins auf, starker Tetanus stellte sich ein, die Anschwellung der rechten unteren Extremität und der rechten Seite des Abdomen nahm immer mehr zu, ebenso der Ascites. Pat. starb

16 Tage nach der Aufnahme. — Die Obduction ergab eine das ganze Becken ausfüllende, knorpelharte Neubildung; die Blasenwandungen waren mit Tumormassen infiltrirt, $^3/_4$ Zoll dick; die zur rechten unteren Extremität führenden Gefässe comprimirt und theils obliterirt. Die Neubildung erstreckte sich an der vorderen Seite der Wirbelsäule bis zu den Nieren, dem Pancreas und Duodenum: beiderseitige Hydronephrose in Folge von Compression der Ureteren. Miliare Knoten in Leber, Gallenblase, Nierenbecken, Pleuren, Pia mater; eitrige Meningitis. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein exquisites Carcinom.

H. Wildt (Berlin).

Byrom Bramwell. Fatal obstruction of the bowels caused by a constricting band of inflammatory lymph.

(Med. times and gaz. 1878. Jan. 26.)

41jähriger Arbeiter, stets gesund bis vor drei Monaten; seitdem Erbrechen, Obstipation abwechselnd mit Diarrhoe; vollständige Stuhlverhaltung seit 10 Tagen. — Ausserordentlich starke Ausdehnung des Abdomen durch Gas, besonders deutlich entsprechend dem Colon ascendens und transversum, keine Druckempfindlichkeit des Abdomen; der Mastdarm voll harter Faeces. Auch in der Narkose konnte kein Grund für den Darmverschluss gefunden werden. Pat. hatte im Laufe der einen Monat dauernden Behandlung mehrere Male dünnflüssige Stühle; doch dauerte das Erbrechen fast ununterbrochen an; Meteorismus und Schmerzlosigkeit wie bei der Aufnahme. Gegen Ende stieg die Temperatur einmal bis 39,6; Pat. starb unter zunehmendem Collaps am 31. Tage seines Aufenthaltes im Spital. — Die Section ergab, dass das Colon transversum in seiner Mitte soweit verengert war, dass nur der Ringfinger passiren konnte; es befand sich an dieser Stelle ein zum Theil verheiltes Geschwür; aussen alte und neue peritonitische Adhäsionen. Keine allgemeine Peritonitis, ausser starker Fettanhäufung keine sonstige Abnormität.

H. Wildt (Berlin).

Roberts. The unequal length of normal limbs shown by measurement of the bones.

(Philad. med. Times 1878. August 3.)

Den zahlreichen von Cox und Wight gemachten Beobachtungen an Lebenden, welche erhebliche Differenzen in der Länge der unteren Extremitäten ergaben (bis zu $^1/_2$") fügt R. folgende an 8 Skeleten gefundenen Zahlen hinzu, welche angeben, um wie viel länger das betreffende Glied war gegenüber dem correspondirenden der anderen Seite:

I.	Femur	rechts	$^1/_{16}$"	Tibia	rechts	$^1/_{16}$"	Summa	$^2/_{16}$"
II.	-	-	$^2/_{16}$	-	-	0	-	$^2/_{16}$
III.	-	links	$^7/_{16}$	-	links	$^5/_{16}$	-	$^{12}/_{16}$
IV.	-	-	$^6/_{16}$	-	-	0	-	$^6/_{16}$
V.	-	rechts	$^1/_{16}$	-	-	$^2/_{16}$	-	$^3/_{16}$
VI.	-	-	$^1/_{16}$	-	ein Malleolus gebrochen.		-	?
VII.	-	links	$^2/_{16}$	-	links	$^2/_{16}$	-	$^4/_{16}$
VIII.	-	-	$^4/_{16}$	-	-	$^7/_{16}$	-	$^{11}/_{16}$

Im Fall No. 8 war es zweifelhaft, ob beide Tibiae demselben Individuum angehört hatten. Die Femora wurden gemessen von dem höchsten Punkt des Gelenkkopfs bis zu dem tiefsten des Condyl internus, die Tibiae von der innern Gelenkfläche zur Spitze des Malleolus internus. R. glaubt die Fachgenossen auf diese Facta aufmerksam machen zu müssen, deren Wichtigkeit in Fällen von Fractur der unteren Extremitäten namentlich auch für die gerichtliche Medicin auf der Hand liege.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 45. **Sonnabend, den 9. November.** **1878.**

Zur Lehre der Carbolintoxicationen.

I.

Von

Dr. E. Sonnenburg,

Docent in Strassburg.

In der »Deutschen Zeitschrift für Chir.« Bd. IX. p. 356 ff. haben wir, gestützt auf eine Reihe von Versuchen, das schwefelsaure Natron als Gegengift in Fällen von Carbolintoxicationen stärkeren oder geringeren Grades empfohlen. Seither haben unsere weiteren Erfahrungen über die Wirkung obigen Mittels die von uns damals aufgestellten Ansichten vollständig bestätigt, und auch von anderer Seite sind Bestätigungen zum Theil veröffentlicht, zum Theil mündlich oder brieflich mir bekannt geworden. — Freilich haben wir während der letzten 6 Monate keinen sehr hochgradigen Fall von Carbolintoxication hier zu beobachten Gelegenheit gehabt, da in den etwa verdächtigen Fällen die einfache Untersuchung des Urins

auf dessen Gehalt an schwefelsauren Salzen uns sofort auf die etwa beginnende schädliche Wirkung der Carbolsäure aufmerksam machte. Es gelang dann, durch Darreichung des schwefelsauren Natrons meist schon vom Abend auf den Morgen einen fast normalen Niederschlag im Urin nach Zugiessen von Chlorbarium wieder zu erhalten, und so von vornherein einer weiteren Intoxication vorzubeugen, ohne den Carbolverband dabei wegzulassen. — Was die Dosis anbetrifft, so haben wir eine Aenderung derselben bisher nicht für nöthig erachtet, wir pflegen eine Lösung von 5,0—8,0 : 200,0 bei Erwachsenen, 2,5—5,0 : 2,00,0 bei Kindern zu verordnen.

Auf dem letzten Chirurgen-Congresse hat Herr Prof. Lücke bereits darauf aufmerksam gemacht, dass wir bei einigen Pat., deren Wunden mit schwächeren oder stärkeren Carbollösungen des Oefteren in Berührung kamen, Spuren von Eiweiss im Urin nachweisen konnten. Die Vermuthung, dass das Auftreten von Eiweiss im Harn in directem Zusammenhang mit der Phenolbehandlung der Wunden zu bringen sei, lag deswegen nahe, weil mit fortschreitender Heilung und immer seltener werdendem Verbandwechsel das Eiweiss aus dem Urin wiederum vollständig verschwand. Allerdings wurde die Beobachtung bei Pat. gemacht, welche meist schon vor der Operation oder vor der Carbolbehandlung eiternde Wunden gehabt hatten, bei denen man eventuell an eine beginnende amyloide Degeneration der Nieren hätte denken können. Da aber, wie gesagt, die Albuminurie wieder vollständig verschwand und man eine Ausheilung der Degeneration nicht annehmen kann, ebenso vor Anwendung des Carbols kein Eiweiss im Harn vorhanden gewesen war, so musste man das Carbol als die Ursache der Albuminurie vorläufig ansehen. Diese Ansicht fand damals noch eine wesentliche Stütze in dem Umstande, dass ein in der Spitalapotheke mit der Bereitung der Lister'schen Verbandstoffe beschäftigter Arbeiter an einer schweren Nephritis erkrankte.

Da die bisherigen Ansichten über diese bestimmte Wirkung der Carbolsäure nicht ganz genügend sein dürften, so unternahm ich es durch eine Reihe von Versuchen an Thieren (Hunden und Kaninchen), die Wirkungen der Carbolsäure, speciell auf die Nieren, zu untersuchen. Denn Husemann z. B. (Handbuch der gesammten Arzneimittellehre p. 302) bemerkt, dass Albuminurie nur ausnahmsweise und vorübergehend vorkomme, und dass die Ansicht Edwarts, nämlich die Entstehung von Urämie von einer länger dauernden örtlichen Phenolbehandlung (z. B. bei Uterinleiden) herzuleiten, zum mindesten unwahrscheinlich sei. Andere Autoren erwähnen von einer derartigen Wirkung der Carbolsäure überhaupt Nichts.

Bei einer Anzahl von Thieren habe ich die Versuche so angestellt, dass ich vermittelst eines starken Borstenpinsels eine 5—15 % Carbollösung in die Haut einrieb. Es wurden im Anfang schwächere Lösungen und diese auf kleinere Bezirke eingerieben. Da aber die Thiere diesen Eingriff, selbst wenn er in kürzeren Zwischenräumen

z. B. täglich stattfand, sehr gut vertrugen und sich keine Störungen von Seiten der Nieren zeigten, so gab ich die Möglichkeit durch allmälige gleichsam chronisch wirkende Vergiftung Veränderungen in den inneren Organen herbeizuführen auf. Es wurden daher stärkere Lösungen auf einen grösseren Theil der Körperoberfläche eingerieben. Jetzt traten die Erscheinungen der Intoxication sehr bald auf, indem heftige clonische und tonische Krämpfe sich zeigten. Doch erholten sich die Thiere bis zum nächsten Morgen oft, so dass eine zweite, eventuell sogar eine dritte Bepinselung vorgenommen werden konnte. In einigen Fällen dagegen starben die Versuchsthiere wenige Stunden nach der Einpinselung. Da die Thiere zur Beobachtung sich in einem Behälter mit schräggestellter steinerner Bodenplatte befanden[1], so konnte der Urin abfliessen und behufs weiterer Untersuchung aufgefangen werden. Ausserdem wurde auch noch der bei der Autopsie in der Blase vorgefundene Urin einer genauen Prüfung unterworfen. Die Nieren wurden sowohl frisch, wie auch im gehärteten Zustande untersucht. Herr Dr. Friedländer war so liebenswürdig, die mikroskopische Untersuchung der Nieren mit vorzunehmen.

Die Resultate dieser Versuche waren folgende: Nach jeder, einigermassen ausgiebigen Carbolbepinselung verschwanden die schwefelsauren Salze aus dem Urin vollständig. Doch nur in zwei Fällen von sehr acut endender Intoxication waren Spuren von Eiweiss im Urin nachzuweisen. Die Nieren zeigten sich bei allen Versuchsthieren stark hyperämisch. In einem Falle, in dem etwa 6—7 Stunden nach einer ausgedehnten Bepinselung das Thier unter sehr heftigen Krämpfen starb, war die Hyperämie der Niere eine ausserordentlich starke. Es fanden sich ausserdem Hämorrhagien in der Rindensubstanz, ferner waren in den gewundenen Canälchen, besonders aber in den geraden, blutige Cylinder sichtbar. Auch der bei der Autopsie des Thieres (sehr starkes Kaninchen) in der Blase vorgefundene Urin zeigte Spuren von Blut.

(Uebrigens hat Herr Prof. Baumann mir vor Kurzem mitgetheilt, dass er damals bei seinen bekannten Untersuchungen über Phenol, bei einigen seiner Versuchsthiere gleichfalls Eiweiss im Harn vorgefunden habe.)

Aus diesen Befunden ergiebt sich, dass die Carbolsäure, von der Haut (resp. von Wundflächen aus) resorbirt, in der That bedeutende Störungen in den Nieren hervorzurufen im Stande ist. Freilich dürfte beim Menschen eine so acute Intoxication, als deren Folgen wir die Hämorrhagien in der Niere fanden, durch Resorption von Carbol von den Wunden aus, schwerlich wohl je stattfinden. Wohl kann aber jene Eigenschaft der Carbolsäure Hyperämieen u. s. w. in den Nieren hervorzurufen, sich gerade bei solchen Individuen geltend machen, bei denen in Folge bereits länger bestehender Eite-

[1] Die Experimente wurden mit gütiger Bewilligung des Herrn Prof. Hoppe-Seyler in dessen Laboratorium ausgeführt.

rungen Ernährungsstörungen der Nieren, Störungen der Circulation, namentlich Stauung u. a. vorhanden sind und uns dann das zeitweise Auftreten von Eiweiss im Urin während der Carbolbehandlung erklären, ohne dass bedeutende Intoxicationserscheinungen sich zu gleicher Zeit zeigen.

Zum Schlusse gebe ich hier ein kurzes Resumé über einen letal endenden Fall von Carbolintoxication, dessen Veröffentlichung ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Prof. Lossen in Heidelberg verdanke, der besagten Fall beobachtete. Ich mache von der Erlaubniss um so lieber Gebrauch, weil diese Details gleichsam eine Ergänzung zu meiner früheren Abhandlung: Zur Diagnose u. s. w. der Carbolintoxication (s. o.) geben.

Andreas W. 11 Jahr. Aufnahme 2. Mai 1876. Necrosis tib. (oberes Drittel) Durchbruch des Eiters zunächst ins Kniegelenk. Später Senkungen in die Muskulatur des Oberschenkels. Hohes Fieber (39,0—40,0).

Am 22. Juni 1876 wurden Incisionen unter antiseptischen Cautelen gemacht, die Wunden und Höhlen mit 5 % Carbolsäurelösung gewaschen. Drainage, Lister'scher Verband. In der Abscesshöhle mag eine geringe Menge Carbolsäure zurückgeblieben sein.

Abends Temperatur 37,0. Puls 120—130. Am folgenden Tage Verbandwechsel unter Spray, Temp. ca. 36,5, Puls 130 — 140, klein. Knabe apathisch, collabirt. Am zweiten Tage † der Kranke unter Collapserscheinungen. Der spärliche Urin tief olivengrün.

Section (4 Stunden post mortem.) Mässige Todtenstarre. Herz und Lungen (abgesehen von einigen Verwachsungen der rechten Lunge mit der Costalwand) normal. Milz mittelgross, normal. Leber blutreich, Schnittfläche im Allgemeinen etwas trübe. — Ziemlich starke Schwellung der Inguinaldrüsen. In der rechten Ven. crur. und iliaca frische Gerinnsel und flüssiges Blut. Aussen und vorne am Knie Substanzverluste. Handtellergrosses Geschwür unterhalb der Patella. Von der Innenseite des Knies aus gelangt man in die Abscesshöhle, die nach unten mit dem Kniegelenk in vielfacher Communication steht, nach oben bis $2^{1}/_{2}''$ unter das Lig. Poup. reicht. Das angrenzende Zellgewebe u. s. w. eitrig infiltrirt. Jauchige Infiltration der Weichtheile des Oberschenkels. Nekrose und Periostitis der Tibia. Centrale Ostitis und Osteomyelitis.

In der Harnblase ein olivengrüner Urin. Schleimhaut der Blase lebhaft vascularisirt. Sonst nichts Besonderes; Nieren normal.

Nach den Symptomen am Lebenden und dem Befunde bei der Autopsie wurde als Todesursache Carbolsäurevergiftung angenommen.

E. Ziegler. Ueber Proliferation, Metaplasie und Resorption des Knochengewebes.

(Virch. Arch. Bd. LXXIII. p. 355—379.)

Z. theilt eine Reihe von anatomischen Untersuchungen mit, welche darauf gerichtet waren, der theoretischen Erkenntniss der progressiven

Ernährungsstörungen weitere thatsächliche Grundlagen zu schaffen. Bezüglich der Umwandlung von Knochen in Knorpel wurde an drei kleinen hyalinen Enchondromen, die sich in der Schenkelkopf-Spongiosa eines Falles von Arthritis deformans vorfanden, eine deutlich erkennbare Uebergangszone zwischen Knorpel und Knochen constatirt. Der erste Schritt der Umwandlung schien eine Trübung und Körnung der Grundsubstanz mit gleichzeitigem Verschwinden der Knochenkörperchen zu sein. — Ein ferneres Beispiel von knorpeliger Metaplasie lieferte ein Myxom des Schenkelhalses, bei welchem in der Uebergangszone der Geschwulst in den Knochen eine Anzahl von Knochenbalken sich ganz oder theilweise in Knorpelgewebe umgewandelt hatte. — Ein umfangreiches Osteoidchondrom des Humerus bestand in seinen äusseren Partien aus Spindelzellengewebe, im Inneren dagegen aus vascularisirtem zellenreichem Knorpel und aus Knochenbalken, und gleichzeitig war die Marksubstanz des übrigen Knochens, der vollkommen dicht und sclerotisch erschien, mit Ausnahme kleiner gefässführender Canäle in zellreichen Knorpel umgewandelt. Innerhalb dieses Knorpels hatten sich wiederum zahlreiche kleine Knochenbälkchen gebildet. Auch hier bestand keine scharfe Grenze zwischen beiden Geweben, sondern der Uebergang wurde gleichfalls durch eine Zone ermittelt, in welcher die Grundsubstanz körnig geworden, die Knochenkörperchen im Schwund und die Zellen in Vergrösserung begriffen waren.

Während bei den meisten Knochengeschwülsten eine active Theilnahme des Knochengewebes fehlt, war Z. im Stande bei einem Sarkom des Schenkelhalses und mehreren Carcinom-Knoten im Sternum Beispiele von sarkomatöser und bindegewebiger Metaplasie des Knochens zu beobachten. Durch Combination mit solchen metaplastischen Vorgängen kann die Resorption unter pathologischen Verhältnissen, während sie in vielen andern Fällen dem normalen Typus sich anschliesst, mehrfach modificirt werden. —

Auf eine erschöpfende Wiedergabe der zahlreichen, theoretischen Auseinandersetzungen und Andeutungen, welche in vorliegendem Aufsatz enthalten sind, muss an diesem Orte leider verzichtet werden.

Lassar (Berlin).

J. Pawlow. Experimenteller Beitrag zum Nachweis des Accommodationsmechanismus der Blutgefässe.

(Pflueger's Arch. Bd. XVI. p. 266.)

P. hat es fertig gebracht, einen Hund soweit zu zähmen, dass er sowohl während der zur Blutdruckbestimmung nothwendigen Operation als der Dauer des Versuches selbst völlig ruhig lag. (Die Curarisirung hat bekanntlich den Nachtheil, dass aus noch nicht ganz eruirten Gründen unter dem Einfluss des Curare nicht unbeträchtliche Schwankungen des Blutdrucks auftreten.) Zum Versuche benutzte P. eine an der Innenseite des Kniegelenks oberflächlich verlaufende

Arterie; von den also gewonnenen Blutdruckcurven wird ihre ausserordentliche Gleichmässigkeit gerühmt. Fütterte P. dann den Hund mit trockenem Brod oder Fleisch und bestimmte in den 2—3 darauf folgenden Stunden den Blutdruck, so war höchstens ein Abfall um 10 mm Quecksilber zu constatiren. Und doch hätte man entsprechend der Erweiterung der Eingeweidegefässe und der während der Verdauung zum Zweck der Bildung der Verdauungssäfte stattfindenden reichlichen Transsudation aus den Blutgefässen eine erhebliche Herabsetzung des Blutdrucks erwarten dürfen. P. vermuthete, dass mit der Erweiterung der Eingeweidegefässe eine reflectorische Verengerung der Hautgefässe Hand in Hand geht. In der That constatirte er unter diesen Verhältnissen eine deutliche Verengerung der Ohrgefässe und dass diese reflectorisch erfolgt, ergab sich daraus, dass nach Durchschneidung des Sympathicus dieser Seite die Verengerung ausblieb. **J. Munk** (Berlin).

Kraussold. Ueber Nervendurchschneidung und Nervennaht.

(Sammlung klin. Vorträge 1878. No. 132.)

Verf. führt zunächst zwei klinische Fälle vor, bei deren einem der Nervus ulnaris etwa zu drei Viertheilen, bei deren anderem derselbe Nerv weiter oben, unterhalb des Epicondylus medialis, ganz durchschnitten war. Im ersteren wurde die Vereinigung durch eine einzige paraneurotische Sutur (Catgut No. 1) vorgenommen. Die Sensibilität im Ulnarisgebiete war auch vor Anlegung der Naht völlig erhalten. Die Motilität konnte wegen des durch andre Verletzungen des Pat. bedingten Zustandes nicht untersucht werden; nach Heilung der Wunde war sie jedoch durchaus normal. Im zweiten Falle war der Nerv etwa zwei Finger unterhalb des Condylus int. hum. durch einen Säbelhieb durchschnitten; das untere periphere Ende ist in der Wunde sichtbar, das obere muss gesucht werden und findet sich 3—4 cm weit retrahirt. Die Schnittwunde ist scharf und die Vereinigung wird mit drei paraneurotischen Catgutfäden vorgenommen. Vor und nach der Operation waren Sensibilität und Motilität im Ulnarisgebiete durchaus erloschen. Nach 73 Stunden werden zuerst kräftigere Nadelstiche empfunden, doch tritt die Schmerzempfindung immer erst 6—8 Secunden nach der Berührung ein, worauf reflectorische Muskelzuckungen folgen. Zugleich zeigen sich kleine, gruppenweise angeordnete Bläschen, die mit seröser Flüssigkeit gefüllt sind. Am nächsten Tage vergrösserten sich einige derselben, der Inhalt wurde sero-purulent; die Gruppen schienen dichotomisch, mit nach der Peripherie offenem Winkel angeordnet, und kamen überhaupt nur in dem von der Wunde aus peripher gelegenem Theile vor. Kurzes Fieber stellte sich dabei ein. Vom 3.—6. Tage nahm die Sensibilität so zu, dass sie etwa normal geworden war. Am 8. Tage nahm sie am kleinen Finger wieder ab, der auch zum ersten Male eine Temperaturherabsetzung zeigt. Motilität und Sensibilität sanken noch

etwas, kehrten aber nach einiger Zeit unter Anwendung von activen und passiven Bewegungsübungen und Elektricität zurück.

An diese klinischen Beschreibungen reiht Verf. kurz die Geschichte der Nervennaht. Abgesehen von nicht näher verbürgten älteren Nachrichten (Daniel Würz soll schon Nerven genäht haben) sind wohl die Fälle von Laugier und Nélaton 1864 die ersten. — Als Bedenken gegen die Nervennaht wurde geltend gemacht, dass eine durch die Nervensubstanz geführte Sutur irritirend wirken müsse und Neuritis entstehe, die zu den Centralorganen sich ausbreite. Entgegengesetzte Erfahrungen beim Experimente, die indirecte oder paraneurotische Naht und besonders das aseptische Verfahren beseitigten diese Bedenken. —

Verf. theilt kurz die noch vielfach nicht bis zur Klarheit gekommenen Anschauungen der Autoren über die Art der Nervenheilung mit, giebt ein Bild der Erscheinungen, wie sie nach Durchschneidung sensibler und motorischer Nerven auftreten und die Heilung begleiten. Besonders sind noch die nach erfolgtem Zusammenheilen der Nervenstränge auftretenden secundären Erscheinungen hervorzuheben. Neuritische Vorgänge, die zwar viel seltner sich erwiesen, als man gefürchtet, veranlassen Irritationen, die in der motorischen Sphäre Contractionen, bis zu clonischen und tonischen Krämpfen gesteigert, veranlassen und bei Fortschreiten der Entzündung zu den Centralorganen zu Trismus und Tetanus führen können. In der sensiblen Sphäre stellen sich perverse Empfindungen und intermittirende oder seltener dauernde Schmerzen ein, respective Anästhesie. Ausserdem kommen noch die trophischen Störungen vor, welche am meisten unklar sind. — Trophoneurotische Störungen können die Haut, das Unterhautzellgewebe, Muskeln, Knochen und ganze Gelenke betreffen. In der Haut äussern sich die Veränderungen zunächst als Circulationsveränderungen, hyperämischer oder anämischer Art, folgen aber nicht direct nach der Verletzung und treten an den peripheren Endverästelungen der betroffenen Nerven auf. Zu den wichtigeren Erscheinungen gehören Herpes zoster und pemphigoïde Ausschläge; ferner eine Veränderung der Haut, die von einfachem »rauh sein« bis zu exquisiter Sclerodermie geht; Anomalien in der Schweisssecretion folgen, anfangs Hyperhydrose, später Anhydrose mit Verkümmern der Schweissdrüsen; Haare und Nägel fallen aus oder werden rissig. Die örtliche Temperatur im Bereiche der verletzten Nerven ist anfangs gesteigert und sinkt dann selbst auf 6—7° C. unter diejenige der entsprechenden gesunden Partie. Ferner tritt öfter eine erst blasse, sich später röthende Schwellung, eine Pseudophlegmone ein. Bei den Muskeln zeigt sich Atrophie als Folge der Nervenverletzung und bei elektrischer Untersuchung ein Sinken der farado-musculären sowie anfängliches Steigen und späteres Sinken der galvano-musculären Contractilität. (Diese letzteren Erscheinungen treten beim Thierexperiment nur nach Quetschung auf.) In den Gelenken beobachtet man, zumal bei Spinalerkrankungen, Neuralgien ohne objectiv nachweisbare Sym-

ptome an ihnen, seröse Synovitiden und zu Steifigkeiten führende, in Form des subacuten Gelenkrheumatismus sich äussernde Erkrankungen. An den Knochen kommt ausser Atrophie noch Periostitis vor, die öfter zu Nekrose führt. Schliesslich ist noch der bei Verletzung des Rückenmarks besonders oft beobachtete acute Decubitus zu erwähnen. —

Die bei Prüfung einer Lähmung vorzunehmenden Untersuchungen auf Druck-, Orts-, Temperatur- und Tastsinn ergeben oft sehr wenig positive Resultate.

Was die Prognose einer Nervenverletzung betrifft, so heilt eine Quetschung oder Quetschwunde schwerer, als eine scharfe Trennung, meist selbst langsamer als die Excision eines nicht zu langen Nervenstückes. Kann man vereinigen, so nehme man Catgut und lege die paraneurotische Naht an, verfahre antiseptisch und fixire das Glied derartig im Contentivverband, dass die Nervenfragmente einander möglichst genähert werden. Man nähe nicht nur bei frischen Fällen, auch in solchen, wo nicht zu lange Zeit nach der Verletzung vergangen, da oft noch Heilung zu erwarten ist. Nach Consolidation der Nervennarbe, die in 2—4 Wochen im günstigen Falle erreicht ist, wende man active und passive Bewegungen mit Elektrotherapie verbunden an.

Zum Schlusse giebt Verf. ein ausserordentlich reichhaltiges Verzeichniss der einschlägigen Literatur. **v. Mosengeil** (Bonn).

L. Mayer. Die Wunden der Milz. (Mit 1 chromolithographischen Tafel.)

Leipzig. F. C. W. Vogel. 1878.

Nach einer kurzen Einleitung und Besprechung der Topographie der Milz giebt Verf. einen gedrängten Ueberblick über die vorliegende Casuistik der Milzverletzungen. Das casuistische Material, welches M. mit grossem Fleisse zusammengetragen hat, beginnt sehr vereinzelt im 15. Jahrhundert; im Ganzen hat M. 116 Fälle gesammelt. Darunter befinden sich 9 Contusionen, 42 reine Rupturen der Milz und zwar fand sich die Ruptur nur 1 Mal beim Fötus. 23 Mal war das rupturirte Organ nicht erkrankt. In 19 Fällen war die Milz erkrankt gewesen, worunter sich 2 Fälle von geplatzten Abscessen befinden. 19 Mal war die Milzruptur mit gleichzeitigen anderen Verletzungen z. B. der Leber, der Nieren, des Magens, Herzens, Schädels u. s. w. complicirt. Bei 136 Rupturen der Leber fand sich 15 Mal die Milz, nur 11 Mal die Nieren und niemals der Darm zerrissen. Schusswunden der Milz ohne gleichzeitige Verletzung anderer Organe hat M. 5 mitgetheilt, mit anderweitigen Verletzungen 11 Fälle, alle 16 Fälle finden sich nur bei Männern. Von Stich-, Schnitt- und Hiebwunden zählt Verf. 25 auf. Reine Stichwunden hat M. in der Literatur nur 2 Mal aufgefunden; es sind dieselben bei grossen Milzen durch die Hand des Arztes beigebracht

worden — ein Vorkommniss, welches wohl nach Verf. häufiger sich ereignet haben mag. — Die Verletzungen der Milz aus dem amerikanischen Kriege hat M. nur in einer Anmerkung berücksichtigt, da ihm das grosse Werk von Otis (The med. and surg. history of the war of the rebellion Bd. II. Vol. II) erst während des Druckes des vorliegenden Buches zugänglich wurde.

Bezüglich der Aetiologie der Milzrupturen sei hervorgehoben, dass das kranke resp. vergrösserte Organ, z. B. nach langwierigem Wechselfieber, in Folge sehr geringer Gewalten zerreissen kann (durch leichten Schlag, Stoss, durch Brechmittel, durch angestrengte körperliche Bewegungen wie heftiges Laufen, angestrengtes Schwimmen etc). In einem Falle zerriss die Milz durch Contrecoup nach Schlag mit einer Schaufel auf die rechte untere Bauchgegend. Bei dem Fötus hatte die Zerreissung der Milz wahrscheinlich während der Geburt stattgefunden, da das Kind mit einigen Lebenszeichen geboren wurde.

Auf die Symptomatologie der Milzwunden (cfr. Original) näher einzugehen, müssen wir uns versagen. Bezüglich des Ausganges der Verletzungen sei Folgendes hervorgehoben: Von den 9 Contusionen endeten tödtlich 6, 3 genasen und zwar mit Abscessbildung und Entleerung des Eiters in den Darm und die Blase, in Magen und Darm; in einem anderen Falle von Splenitis konnte keine Abscessbildung nachgewiesen werden. Heilung nach Milzruptur ist in der Literatur mehrfach berichtet worden, Verf. theilt 5 derartige Heilungen mit, die aber, wie M. selbst zugesteht, immerhin kritisirende Zweifel zulassen. In den letal geendigten Fällen erfolgte der Tod 16 Mal nach Minuten, 6 Mal nach Stunden und nur 4 Mal nach Tagen. Am längsten zog sich das Leben einmal 13 Tage hin, und in diesem Falle ist die Annahme möglich, dass die Ruptur mit tödtlicher Blutung erst an diesem Tage erfolgt sein könnte. Verf. betont, dass so gut Leberrupturen heilen, auch Milzrupturen heilen können (vergl. auch den von Ref. mitgetheilten Fall: Sitzungsberichte des IV. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1875. Centralblatt für Chir. 1876. p. 511). Von den 5 nicht complicirten Milzschusswunden sind 2 Fälle geheilt worden. Bei den Stich-, Hieb- und Schnittwunden der Milz wurde die Heilung vorzüglich durch intercurrente Blutungen verzögert. 11 Mal wurde die verletzte und vorgefallene Milz mit Glück exstirpirt, die Entfernung eines Theiles der Milz wurde 10 Mal vorgenommen; alle Fälle sind genesen, doch ist zu bemerken, dass auch diese Beobachtungen einer scharfen Kritik zum Theil nicht Stand halten.

Es folgen die Capitel über pathologische Anatomie, über Diagnose, Prognose, Therapie (cfr. Original). Den Heilungsvorgang der Milz-Verletzungen studirte Verf. an Thieren (7 Versuche). Nur ein Thier starb (Schnittwunde der Milz), die übrigen überlebten den operativen Eingriff. Es wurden Schnittwunden angelegt, auch wurden

Stücke aus der Milz ausgeschnitten. Sämmtliche Wunden wurden mit Catgut genäht. Auffallend war die geringe Blutung (Spray?).

Das Literaturverzeichniss und die Zusammenstellung der gesammelten Casuistik der Milz-Verletzungen (116 Fälle) bilden den Schluss des verdienstvollen, mit grossem Fleisse compilirten Buches.

H. Tillmanns (Leipzig).

Gerhartz. Die Radicaloperation der Hernien unter antiseptischen Cautelen.

Inaug.-Diss. Bonn. Aug. 1878.

Nach sehr übersichtlicher und klarer Darlegung der seit Galen geübten Methoden der Bruchoperation führt Verf. die bisher veröffentlichten Fälle von Radicaloperation unter Lister'schem Verfahren an. Nach Verf. hat Charles 1874 die erste derartige Operation gemacht. Ferner werden Nussbaum's, Annandale's, Czerny's, Riesel's, L. Mayer's, Schede's und Pauly's betreffende Operationen mit Angabe ihrer Methoden erwähnt. Schliesslich theilt G. noch einen von ihm selbst in Bonn beobachteten Fall mit: Ein Arbeiter hatte sich bei Heben einer Last einen Leistenbruch zugezogen, der ihn sehr genirte und oft unter dem Bruchband hervorschlüpfte. Nach der Durchschneidung der Hautdecken machte die Verwachsung des Bruchsackes mit den Hüllen des Hodens und Samenstranges bei der Operation Mühe. Nachdem die Eingeweide reponirt waren, wurde um den Hals des möglichst weit aus dem Inguinalcanal hervorgezogenen Bruchsackes ein starker Catgutfaden gelegt, der Sack gespalten und soweit es die Verwachsungen gestatteten exstirpirt. Bei antiseptischem Verfahren und Verband erfolgte Heilung.

Reichliche Citate sind der fleissigen Arbeit beigegeben.

v. Mosengeil (Bonn).

H. Byford. Rapid dilatation of the female urethra in the diagnosis and treatment of chronic cystitis.

(The Chicago med. Journ. and Exam. 1878. Juli.)

Die, beiläufig von Heath schon im Jahre 1875 zur Unterstützung für die Behandlung von schweren chronischen Cystitiden empfohlene und von Simon ausgebildete Dilatation der weiblichen Urethra wird vom Verf. bei obigem Leiden methodisch ausgeübt. Der angestrebte und auch gut erreichbare Zweck dieser Operation ist ein dreifacher. Zunächst wird mit der Dehnung der Urethralschleimhaut auch der beständige quälende Reiz zum Urinlassen beseitigt. Dann wird das Blaseninnere einer diagnostischen Betastung sowie einer Localbehandlung zugängig gemacht und schliesslich, zu welchem Zweck die Operation methodisch in gewissen Zeiträumen wiederholt werden darf und muss, ein reichlicher und vollständiger Abfluss des krankhaften Secrets wohl — mit unterstützt durch die vorübergehenden Incontinenzen — erreicht.

Verf. giebt Bericht von 4 Fällen, in welchen er die Operation mit Erfolg anwandte. Im letzten derselben sah er sich wegen der Schwere und Hartnäckigkeit der Erkrankung genöthigt, die Procedur ein ganzes Jahr lang des Oefteren zu wiederholen. Zur Ausführung der Dilatation macht er weder die vorbereitenden Einschnitte Simon's in den äussern Urethralmündungsrand, noch auch bedient er sich dessen Dilatatorien, sondern begnügt sich einfach damit, den Finger langsam und stetig rotirend einzuführen. So gerinfügig der mit diesem Verfahren verbundene Insult auch für gewöhnlich sich erweist, so warnt B. doch, auf unangenehme Erfahrungen gestützt, ernstlich vor jeder derartigen Operation, so lange noch entzündliche Processe im Beckenzellgewebe nachweisbar sind.

Langenbuch (Berlin).

Bartlett. A consideration of some of the errors incident to the ordinary methods of determining the relative lengths of the lower extremities.

(The Chicago med. Journ. and Examin. 1878. Mai.)

Verf. bespricht die Mängel der bei den Erkrankungen der unteren Extremitäten gewöhnlich zur Verwendung gelangenden Messmethoden. Besonders verwerflich scheint es ihm, die Spinae antt. supp. pelv. als Puncta fixa zu benutzen, da sich von ihnen, wie auch von dem Nabel aus, bei jeder geringen Ad- oder Abduction, sowie auch einer Rotation des Gliedes die Hauptdistancen unversehens und nicht so ganz unbeträchtlich verändern. Dies beweisen seine verschiedenartigen und mit Maasszahlen belegten Versuche aufs Evidenteste. Um nun diese Fehlerquellen zu eliminiren, hat B. einen sehr sinnreichen aber auch etwas wenig compendiösen Apparat construirt, dessen nähere Details indessen im Original, welches leider einer erläuternden Abbildung ermangelt, nachgesehen werden müssen.

Langenbuch (Berlin).

G. Ruggi. Studien über das Kniegelenk.

(Bullett. d. sc. med. Bologna Ser. 6. Vol. I. 1878.)

Vorliegende Arbeit enthält drei verschiedene Aufsätze über das Kniegelenk, die an frühere Publicationen R.'s anschliessen. — Der erste Aufsatz beschreibt ausführlich den Sectionsbefund und das Präparat eines Knaben, dessen rechte Kniegelenksepiphysen chronisch erkrankt waren, und zu abnormem Längenwachsthum geführt hatten; das Femur war 2, die Tibia 1 cm länger als links. Weiter erörtert R. den Einfluss dieser Deformität auf die Stellung und Haltung des Beins und des Rumpfes und kommt zu folgenden Sätzen: 1) Die Krankheiten der Kniegelenksepiphysen können in der Direction des Gliedes, des Beckens und des Rumpfes Aenderungen erzeugen. 2) Diese sind: am Gliede: Beugung im Knie und in der Hüfte

Adduction und Einwärtsrotation des Unterschenkels. 3) Am Becken: einseitige Hebung mit Skoliose — Vorwärtsneigung, mit Lordose, — Rotation um die verticale Axe, mit Rotation des Rumpfes. 4) Alles ist unmittelbare Folge der Verlängerung des Beines. 5) Die Veränderungen der Stellung des Beckens (und Rumpfes) hängen ab von der Spannung der äussern Fasern des Lig. Bertini. 6) Dass Alles Folge der Verlängerung ist, beweist das Verschwinden der Verschiebungen, wenn die gesunde Extremität künstlich verlängert wird. Dies kann zur symptomatischen Behandlung benutzt werden; eine forcirte Geradstellung des verlängerten Beines wäre eine falsche Maassregel, wenn nicht das gesunde Bein verlängert wird. —

Der 2. Aufsatz handelt von den Abscessen des Kniegelenks und deren Einfluss auf Flexion oder Extension. Da R. bei einem Patienten anamnestisch den raschen Uebergang aus der Flexion des vereiterten Gelenks in die Extension constatiren konnte, suchte und fand er die Ursache im Durchbruch der Gelenkkapsel und im Erguss des Eiters unter die Fascie, woselbst sich ein mächtiger Abscess etablirte. R. schliesst aus diesem Falle und anderen Fällen und Experimenten, dass die Flexionsstellung (neben epiphysärer Hypertrophie) bedingt ist durch Erkrankung des Gelenkes selbst, oder durch einen Abscess in oder unter einem Flexorenmuskel. Die Extensionsstellung dagegen wird bedingt durch Erkrankung des Gelenkes auf dessen Vorderfläche oder durch Abscesse an der Vorderseite. Wechsel der Stellung wird also durch Hinzukommen eines neuen Processes bestimmt, durch welchen der Pat. gezwungen wird, die wenigst schmerzhafte Stellung aufzusuchen. —

Der 3. Aufsatz empfiehlt statt der zu schmerzhaften Bindecompression bei Hydrops genu (nach Volkmann) die Application von Schrotsäcken auf das wohl gelagerte, leicht flectirte Knie. R. steigt mit dem Gewicht der Schrotsäcke bis über 8 km.

Escher (Triest).

Kleinere Mittheilungen.

Schwimmer. Ueber ein Heilverfahren zur Verhütung von Blatternarben im Gesicht.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 25 und 26.)

Verf. wendet äusserlich ein Phenolpräparat an: Ac. carbol. 1, Ol. Olivar. 8 und creta pulv. 9,3, ut fiat Linim. Dies Mittel wird alle 12 Stunden als Larve mit Ausschnitten für Augen, Mund und Nase auf das Gesicht des Pat. aufgelegt. Die Dauer der Behandlung betrug 5—12 Tage.

v. Mosengeil (Bonn).

George Field. Cases of ear disease. — St. Mary's Hospital.

(Med. times and gaz. 1878. Febr. 16.)

1. Fall: 10jähriges Mädchen leidet seit 9 Jahren an stark stinkendem Ausfluss aus beiden Ohren. Geschwüre am äusseren Ohr in Folge des scharfen Secretes. Hochgradige Schwerhörigkeit beiderseits. Zinksalbe auf das äussere Ohr, Ausspritzungen mit 1% Lösungen von Carbolsäure und Zincum sulfuricum,

innerlich Leberthran und Eisen. Nach drei Wochen Ausfluss verschwunden; kurze Zeit darauf mit normaler Hörfähigkeit entlassen.

2. Fall: 26jährige Frau; vor zehn Tagen nach einer Erkältung heftige Schmerzen im linken Ohr; nach fünf Tagen Durchbruch eines Abscesses in das linke Ohr und stark riechender Ausfluss aus demselben, verbunden mit heftigen Schmerzen namentlich hinter dem Ohre. Tiefe Incision auf dem Processus mastoideus entleert viel Eiter, 6 Blutegel an den Tragus nehmen alle Schmerzen. Ausspülen des Ohres mit schwachen Carbollösungen. Nach drei Wochen völlig geheilt, auch die bei der Aufnahme bestehende Perforation des Trommelfells.

3. Fall: 41jähriger Postbeamter wurde aufgenommen mit geringem Ausfluss aus dem linken Ohr und fortwährendem Schwindel. Bei Druck auf das linke Ohr sofort Schwindel, Erbrechen und Fallen nach rechts. Diese Anfälle kamen oft auf der Strasse, da Pat. aber immer nach rechts fiel, so konnte er sich einigermassen gegen Unglück schützen. Adstringirende Ausspritzungen, Ableitungen hinters Ohr, innerlich Bromkali heilten die Affection im Laufe eines Monats,

4. Fall: 21jähriger Schreiber verletzte sich das rechte Trommelfell vor einigen Jahren mit einem Schieferstift. Vor mehreren Tagen stocherte er mit einer Nadel in demselben Ohr, als dieselbe hineinschlüpfte, so dass er sie nicht wieder herausbekam. Drei Aerzte versuchten vergeblich die Extraction wobei die Nadel vollkommen durch die Perforationsstelle im Trommelfell verschwand. Bei der Aufnahme starke Schmerzen im Schlund, in der Gegend des unteren Endes der Tuba Eustachii, zunehmend bei Druck auf den Hals. Pat. bekam die Weisung, Brot in grossen Stücken zu schlucken, damit bei dieser Gelegenheit durch die Contraction des Tensor und Levator palati mollis die Tuba Eustachii sich öffne. Pat. fühlte bald die Nadel sich durch den Schlund hinab bewegen; seitdem ohne Beschwerden. Verf. warnt in solchen Fällen vor Sondiren und anderen gewaltsamen Mitteln zur Extraction, da ihm ausser diesem noch andere Beispiele bekannt seien, wo Fremdkörper, wie Nadeln, Splitter von Glasspritzen etc. unschädlich die Tuba Eustachii passiren.

5. Fall: 16jähriges Mädchen litt vor drei Jahren an einer Entzündung beider Augen, kurze Zeit darauf der Ohren; neun ihrer Geschwister starben, bevor sie vier Monat alt wurden. Die Untersuchung ergab, dass die Stimmgabel nur undeutlich kurze Zeit lang gehört wird, deutlicher nur in unmittelbarer Nähe des einen Ohres. Verf. hält den Fall für bedingt durch hereditäre Syphilis, die von allen Krankheiten am rapidesten zu vollkommener Taubheit führt und nur sehr geringe Aussicht für eine Behandlung darbietet.

6. Fall: 42jähriger Sergeant, schwerhörig seit 9 Jahren in Folge starker Erkältung. Bei der Aufnahme wurde die Uhr rechts 1, links 2 Zoll weit gehört; Tuben verengert; Trommelfell verdickt, Schleimhaut hypertrophisch. Jodkali innerlich und Ausspritzen des Ohres mit 2% Jodkalilösung hoben die Hörweite für die Uhr rechts auf 2, links auf drei Fuss. Pat. konnte in Theater und Kirche wieder ausreichend hören. **H. Wildt** (Berlin).

Schwartze. Fall von primärer eitriger Entzündung des Labyrinthes mit Ausgang in eitrige Meningitis.

(Arch. für Ohrenheilkunde Bd. XIII. Hft. 1.)

Der Fall betrifft eine 32 Jahr alte, syphilitische Frau. Die Erkrankung begann mit Schmerz im rechten Ohr, Schwindel und schwankendem Gang, vorher schon Kopfschmerzen. Im weiteren Verlauf gesellten sich zu den genannten Symptomen Erbrechen, Geräusche im Ohr, ferner Trismus, leichte Delirien. Tod in tiefem Koma.

Eine Punction, die gemacht worden war, ergab keinen Eiter in der Paukenhöhle.

Bei der Section fand sich: Pia mater eitrig infiltrirt an der Convexität längs des Verlaufes der grossen Gefässe, namentlich im Bereich der Fossa Sylvii, Hirnbasis eitrig infiltrirt, am stärksten an den beiden Hirnschenkeln und in der Umge-

bung der Hypophysis. In der Umgebung des Ganglion Gasseri zwischen Dura mater und Felsenbein etwas puriforme Flüssigkeit.

An den Nervenstämmen im Meatus acusticus internus kein Eiter.

Trommelfell, Paukenhöhle normal. In der Schnecke, im Vorhof und in den Halbcirkelcanälen serös-eitrige Flüssigkeit. Hyperämie der Gefässe der Bogengänge und Ampullen. Vorhof stark geschwollen, blutigroth und eitrig infiltrirt.

Die Annahme, dass die Eiterung der Pia primär gewesen, die Labyrintheiterung secundär, wird durch Anamnese, Krankengeschichte und Freisein der Nervenstämme ausgeschlossen. Es wäre dies somit der erste anatomisch nachgewiesene Fall von primärer, nicht traumatischer Entzündung des Labyrinthes. —

Th. Kölliker (Halle a/S.).

Müller. Ein Fall von Laparo-Hysterotomie wegen eines grossen seit vielen Jahren bestehenden Fibroids. Heilung.

(Charité-Annalen Jahrgang III. pag. 333 ff.)

46 Jahr alte Frau, vergeblich mit subcutanen Einspritzungen von Ergotin behandelt. Die Höhe des Tumors beträgt 16 cm oberhalb der Schamfuge, die Breite 18,5 cm, der Leibesumfang über dem Tumor zwischen Nabel und Symphyse 84 cm. — Profuse unstillbare Blutungen. Operation unter antiseptischen Cautelen den 6. August. Bauchschnitt in der Lin. alba, 3 Querfinger über der Symphyse beginnend, links am Nabel vorbei etwas über denselben hinaus verlaufend. Hervorziehen des Tumors mit Museux'schen Zangen. Dabei prolabirt durch Würgbewegungen ein grosser Theil Dünndarm, dessen Reposition erst nach Hervorziehen der Geschwulst gelang, worüber mehrere Minuten vergingen, während dessen die Därme stark abgekühlt waren. Adhärenzen mit Colon descendens und Blase. Beide Tuben mit Catgut unterbunden. Umschnürung des Stiels (Cervix) mit 2 Drahtschlingen, Abtragung des Tumors (2000 g schweres Fibroid) oberhalb derselben, Toilette, Naht der Wunde. Befestigung des Stieles durch eine durchgestossene lange und starke Nadel und durch Einnähen in die Wunde. Carboljute-Verband. Am 16. Tage fiel der gangränöse Stiel mit sammt den Drahtschlingen ab. 7. September Entfernung des Verbandes. 19. September Verlassen des Bettes. Nach weiteren 4 Wochen wird Pat. gesund entlassen. **Rinne** (Berlin).

Weil. Zur Laparotomie bei inneren Einklemmungen.

(Prager med. Wochenschrift 1878. No. 31 und 32.)

Nach eingehenden Bemerkungen über innere Einklemmung und deren Behandlung beschreibt W. einen einschlägigen Fall, der von dem verstorbenen Prof. von Heine operirt wurde. Der betreffende Kranke, der mit einer rechtsseitigen freien Inguinalhernie seit seiner Kindheit behaftet war, kam mit Incarcerationserscheinungen, die seit 8 Tagen bestanden, in das Krankenhaus. Der rechte Leistencanal war vollständig leer, jedoch gelangte der untersuchende Finger auf eine pralle Geschwulst in der Bauchhöhle, die auch bei der Untersuchung per rectum an der vorderen Rectalwand gefühlt und für eine abgeschnürte Darmpartie erklärt wurde. v. Heine machte deshalb die Laparotomie. Nach Spaltung des leeren Bruchsackes der Inguinalhernie sah man, dass von einer der Plica genito-enterica dextra entsprechenden Bauchfalte ein federkieldicker, eine starke Vene führender Strang zu einer rechts gelegenen Darmschlinge sich hinzog. Um diesen Strang war eine in die kleine Beckenhöhle herabhängende Dünndarmschlinge umgeschlagen. Der Strang wurde an beiden Enden mit Catgut unterbunden, in seiner Mitte durchschnitten und hierdurch die Knickung gehoben. Der Kranke fühlte zwar nach der Operation subjective Erleichterung, starb aber in der nächsten Nacht an Collaps. Die Section gab folgendes Resultat. In der rechten Beckenhälfte liegt eine etwa 75 cm lange Ileumschlinge, die dunkel gefärbt ist und durch einen eitrig faserstoffhaltigen Belag an die Beckenwand fixirt und an ihren Enden durch charakteristische Incarcerationsrinnen abgegrenzt wird. Nach aufwärts sitzt dieser Schlinge ein 6 cm langes, stark geblähtes wahres Divertikel auf, vor dessen Kuppe

ein an seinem freien Ende mit Catgut abgeschnürter Strang abgeht. Ein eben solcher frei endigender Strang geht von der Plica genito-enterica ab; die gestellte Diagnose war also durch die Section bestätigt, und der ungünstige Ausgang wird von W. darauf geschoben, dass der Fall zu spät zur Operation kam. W. empfiehlt deshalb bei inneren Einklemmungen sofort zur Laparotomie zu schreiten und bei zweifelhafter Diagnose sich durch Eröffnung der Bauchhöhle Gewissheit zu verschaffen. **Urlichs** (Würzburg).

H. Tillmanns. Interessante Veränderungen der Leber und der abdominellen Lymphdrüsen nach Traumen.

(Archiv der Heilkunde 1878. XIX. Jahrgang. p. 119.)

Im Anschluss an eine vor 2 Monaten acquirirte complicirte Fractur des Ellbogengelenks (Resection; wegen Verdachts auf Pyämie Amputation †) und Fractur der rechten Beckenhälfte mit Blutanhäufungen im M. Ileo-psoas fand sich folgender bemerkenswerther Befund: die mesenterialen und retroperitonealen Lymphdrüsen waren geschwollen und von eigenthümlich rother Farbe. Die Durchschnittsfläche war entweder gleichmässig dunkel- oder ziegelroth oder marmorirt. Durchschnitte durch die Leber zeigten, dass die Läppchen im ganzen Organe von ziegelrothen, gelblich-röthlichen Streifen eingefasst waren. Auch in einigen anderen Organen fanden sich noch derartige ziegelrothe circumscripte Infiltrationen.

Die mikroskopische Untersuchung der Lymphdrüsen zeigte nun, dass die Follikel entweder ganz oder theilweise mit beträchtlichen Massen Blut resp. Blutfarbstoff erfüllt waren. Die Blutmassen stellten histologisch zum grössten Theil krümlige, körnige oder mehr amorphe Massen dar, Hämatoidinkrystalle waren nicht gerade häufig. In vielen Lymphdrüsen war das Blut in solcher Menge angehäuft, dass gar nichts mehr von adenoidem Gewebe zu sehen war, sondern man beobachtete nur eine mehr oder minder gleichmässige dunkel, resp. ziegelrothe, krümlige oder mehr homogene rothe Masse, durchzogen von den bindegewebigen Lymphdrüsen-Septa. Die vorliegenden Veränderungen der Drüsen waren wohl dadurch zu Stande gekommen, dass das durch die Beckenfractur extravasirte Blut in die Lymphgefässe aufgesogen und weiter in die Lymphdrüsen transportirt wurde. Hierfür sprachen die Bilder an den weniger stark mit Blut erfüllten Lymphdrüsen; die Follikel waren von der Peripherie aus verschieden hochgradig mit Blut gefüllt. Die Blutmassen waren mit dem Gewebe der Follikel auf das innigste verfilzt, so dass ein Auspinseln nicht möglich war.

In der Leber fanden sich ebenfalls massenhafte Ablagerungen desselben Farbstoffes in und zwischen den Läppchen sowie bedeutende, offenbar reactive Bindegewebswucherungen, so dass das Gewebe dem einer cirrhotischen Leber stellenweis ähnlich war (traumatische Cirrhose). Das Blut in der Leber lag nach der ganzen Art der Bilder vielfach in den Lymphbahnen der Leber oder herdförmig im Gewebe. Was die Herkunft dieses Blutpigmentes anlangt, so schreibt Verf. diese der stattgehabten Lebercontusion zu, wodurch viele traumatische Blutungen im Leberparanchym entstanden waren. Das Blut veränderte sich dann theils in loco, theils wurde es offenbar von den Lymphgefässen der Leber aufgenommen, durch das Organ vertheilt und an den angeführten Orten deponirt.

In Bezug auf nähere Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden. **A. Bidder** (Mannheim).

G. Jackson. Case of scrotal hernia of ten years standing; symptoms of strangulation; auto-reduction en masse; operation; recovery.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 887.)

Der 51 jährige Mann hatte sich vor 3 Tagen die herausgetretene Hernia selbst zurückgebracht, seitdem bestanden Einklemmungserscheinungen; die augenscheinlich ausgeführte Reduction en masse verlangte gebieterisch die Operation, da man deutlich im oberen Leistenringe eine früher nicht bestandene, feste, nicht reducirbare

Schwellung fühlte. Nach Eröffnung des Bruchsackes fand man Widerstand am inneren Leistenringe, nach seiner Durchtrennung bemerkte man einen festen, quer über den Darm gespannten Strang, mit dessen Durchschneidung der Darm collabirte; die Reposition geschah sogleich, Vereinigung. Der hochgradigst erschöpfte Pat. machte noch ein Wunderysipel glücklich durch; anfangs war die Partie um die Bruchpforte recht fest und liess keinen Impuls des Darmes beim Husten fühlen. Nachdem Pat. seine schwere Arbeit aufgenommen, trat eine starke Protrusion an der Narbenstelle ein. J. glaubt, dass, wie in einem Falle von Birkett, bei der Reposition ein Riss im hinteren oberen Theile des Bruchsackes entstanden war, durch welchen Darm in das schlaffe Bindegewebe hineingedrängt und zurückgehalten wurde. **Pilz** (Stettin).

G. Lawson. Fracture of pelvis from a fall whilst cleaning windows; head of the femur driven through the acetabulum; but no fracture of femur; death.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 382.)

Vorstehende Verletzung fand sich bei dem 21jährigen Mädchen vor, die etwa 20 Fuss heruntergestürzt war, sie kam collabirt und halb bewusstlos ins Spital, der rechte nicht verkürzte Fuss war nach aussen rotirt; jede Bewegung am Becken war ausserordentlich schmerzhaft; Blase und Harnröhre waren gesund; in den nächsten 4 Lebenstagen klagte Pat. viel über den etwas aufgetriebenen Leib, verfiel in Halbdelirien und starb am 5. Tage nach dem Unfall.

Section: reichlicher Bluterguss zwischen die Muskeln und die Umgebung des rechten Hüftgelenks; die Beckenfractur, eine sternförmige, strahlte von der Pfanne aus; der Schenkelkopf war im Becken, das Lig. teres und die Kapselbänder waren intact, ebenso sämmtliche Organe; ein grosser Bluterguss, unter dem Peritoneum, lag besonders um die Blase herum. **Pilz** (Stettin).

H. Smith. Case of ununited fracture of the patella; operation antiseptically performed.

(The Lancet 1878. Vol. II. p. 144.)

Ein 22jähriger Matrose hatte vor 1 Jahre die rechte Kniescheibe gebrochen, die Heilung erfolgte wie gewöhnlich durch bindegewebige Zwischenmasse. 15 Wochen später fiel er wieder und empfand, dass die Zwischenmasse nachgab. Als er nach weiteren 13 Wochen entlassen war, konnte er nur mit Unterstützung einer ledernen Kniehülse und 2 Stöcken gehen. Jetzt betrug die Entfernung beider Fragmente 2″, die Bewegungen im Knie waren beschränkt, Extension ganz unmöglich; beim Biegen des Knies fühlte man durch die Haut die Condylen des Femur. Unter antiseptischen Cautelen eröffnete S. das Kniegelenk durch Längsschnitt, löste die an den Condylen ebenfalls durch Bindegewebe fest gelötheten Bruchenden ab und frischte ihre Bruchflächen an, es gelang aber nicht, die letzteren in Contact zu bringen, auch nicht, nachdem nutzloser Weise seitliche Incisionen über den Bruchenden gemacht waren; erst als 4″ über dem Gelenk der M. quadriceps femor. subcutan durchschnitten war, gelang die Apposition und Retention durch 2 Silbernähte; Drainirung mittelst Rosshaare; Vereinigung der Hautwunden. Fieberloser Verlauf, prima reunio; in der 5. Woche passive Bewegungen, Hinterschiene wird fortgelassen; 8 Wochen nach der Operation kann Pat. umhergehen, das Bein bis zum Winkel von 45° biegen. Die Fragmente stehen in genauster Berührung. **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 46. Sonnabend, den 16. November. 1878.

Untersuchungen über die Unterbindung der Bauchaorta.

Von

Prof. Dr. **H. Maas** in Freiburg i/Baden.

Die Unterbindung der Bauchaorta ist eine Operation, über deren Zulässigkeit gewisse Zweifel obwalten. — Der sogenannte Stenson'sche, nach der Angabe von Haller zuerst von Swammerdam ausgeführte Versuch zeigt, dass nach Unterbindung der Bauchaorta der Zufluss des arteriellen Blutes zu den hinteren Extremitäten, der Blase u. s. w. aufgehoben wird. Die Nerven- Erregbarkeit in diesen Theilen erlischt sofort nach der Unterbindung, die angegebenen Theile sind vollständig gelähmt und zwar ist diese augenblickliche Lähmung nach den Untersuchungen von Schiffer durch Anämie des unteren Theils des Rückenmarks zu erklären. Andere Experimentatoren haben so constante Lähmung nach der Bauchaorten-Unterbindung nicht gefunden, ohne jedoch die Ursachen dafür genau

46

angeben zu können. — Gegen die Ausführung der Bauchaorten-Unterbindung beim Menschen wurde ausser dem Stenson'schen Versuch noch geltend gemacht, dass durch die Ausschaltung eines so grossen Gefässgebietes lebensgefährliche Blutdrucksteigerungen im Gehirn, in den Lungen u. s. w. eintreten könnten. Auch Dieffenbach vertritt die Ansicht, dass die Chirurgie weniger lebensgefährliche Operationen cultiviren müsse, dass die Aorten-Unterbindung zu unterlassen sei. — Am Menschen ist die Unterbindung der Bauchaorta theils wegen Blutungen, theils wegen Aneurysmen bis jetzt in neun Fällen und zwar von Cooper, James, Murray, Monteiro, South, Mc. Guire, Stokes, Watson und Czerny ausgeführt worden. Obgleich diese neun Fälle mehr oder weniger lange Zeit nach der Operation tödtlich endeten, so können wir doch aus ihnen entnehmen, dass die Operation an sich nicht tödtlich wirkt und besonders, dass der Stenson'sche Versuch nicht für den Menschen gültig ist. Eine Reihe von Bauchaorten-Unterbindungen, welche ich mit Herrn cand. med. A. Kast an Hunden, Kaninchen und Katzen ausführte, zeigten, dass der Stenson'sche Versuch nur für Kaninchen richtig ist. Gleichgültig ob die Aorta nach Eröffnung der Bauchhöhle oder von einem Lumbalschnitt aus ohne Eröffnung des Peritoneum unterbunden wurde, in allen Fällen trat bei Kaninchen vollständige und sofortige Lähmung der hinteren Extremitäten, der Blase und des Mastdarms ein, ohne dass diese Lähmungen bei Thieren, welche einige Tage am Leben erhalten wurden, zurückgingen. Bei Hunden und Katzen dagegen blieben diese Lähmungen entweder ganz aus, oder sie traten nur in ganz geringem Maasse auf, um nach einigen Tagen vollständig wieder zu verschwinden. — Blutdruckmessungen ergaben dann, dass bei Kaninchen in der Art. femoralis der Druck unmittelbar nach der Unterbindung auf Null sinkt und sich während einer kurzen Beobachtungszeit auch nicht wieder hebt. Bei Hunden und Katzen dagegen sinkt der Druck unmittelbar nach der Unterbindung nicht unbedeutend, hält sich aber immer auf einer gewissen Höhe. — Es entwickelt sich bei diesen Thieren sofort ein ausgiebiger Collateralkreislauf durch die Art. mammaria interna mit der Art. epigastrica, den letzten Lumbalarterien mit der Art. circumflexa ileum u. s. w., so dass die unterhalb der Unterbindungsstelle liegenden Theile auch nicht vorübergehend in gefährlicher Weise anämisch werden. Nach Wochen vorgenommene Untersuchungen zeigten sodann, dass die A. mammaria interna mit der A. epigastrica sich nach der Unterbindung der Aorta besonders stark entwickeln, und ihnen wohl der Hauptantheil bei der schnellen Entwickelung eines ausreichenden Collateralkreislaufes zufällt. — Unsere Untersuchungen zeigen also in Uebereinstimmung mit den an Menschen gemachten Erfahrungen, dass der Stenson'sche Versuch nur bei Thieren mit sehr dünnen Bauchdecken und entsprechend schwach entwickelten Aa. epigastricis

zutreffend ist, dass aber bei Thieren mit stärkeren Bauchdecken ebenso wie beim Menschen gefährliche Lähmungen nach der Bauchaorten-Unterbindung nicht eintreten.

Untersuchungen an Leichen zeigten mir ferner, dass man die Bauchaorta auf der ganzen, für eine Unterbindung geeigneten Strecke, d. h. nach dem Abgange der Aa. renales bis zur Bifurcation, ferner die A. iliaca communis sehr gut frei legen kann, wenn man den Lumbalschnitt von den letzten Rippen bis zur Crista ilei am vorderen Rande des linken M. quadratus lumborum macht. Nach Durchschneidung der Fascia transversa lässt sich von dieser Stelle aus der Retroperitonealraum von dem unteren Nierenende an sehr gut übersehen; ausser der Aorta kann man so den linken Ureter, die A. spermatica u. s. w. mit Leichtigkeit zu Gesicht bekommen. Ein Lumbalschnitt am hinteren Rande des M. quadratus lumborum im Trigonum Petiti, wie ihn Simon zur Nierenexstirpation angegeben hat, gewährt einen solchen Einblick nicht.

Eine ausführliche Mittheilung dieser Untersuchungen, welche zum Theil in dem hiesigen physiologischen Institut angestellt wurden, wird Herr A. Kast in seiner Dissertation machen.

Freiburg i/B., den 2. November 1878.

Güntz. Das Vermögen der Schwefelwässer bei der latenten Syphilis die Symptome der Krankheit wieder zur Erscheinung zu bringen.

Dresden, E. Pierson, 1877.

Bei den widersprechenden Ansichten der Chemiker über die Frage, wie und wann das Quecksilber aus dem Organismus ausgeschieden werde, und bei der Schwierigkeit der Methode des Nachweises von kleinen Quantitäten Quecksilber war es bisher unmöglich, therapeutische Einflüsse auf die Ausscheidung des Metalls zu prüfen.

Man hatte wohl eine Ahnung, dass unter dem Einflusse gewisser Agentien, unter anderen der Schwefelwässer, eine Ausscheidung stattfinde, allein erst seitdem der chemische Nachweis von kleinsten Quantitäten im Harn gelungen ist (Methode Ludwig's in Zeitschr. für Derm. und Syphilis Heft 1 vom Verf. mitgetheilt), kann von einer exacten Controlle der Wirkung antimercurieller Mittel die Rede sein.

Die Erfahrung, dass selbst ein Jahr nach Einverleiben des Quecksilbers in der Leber nach dem Tode noch solches vorgefunden wurde, veranlasste Verf. zu Versuchen bei solchen Individuen, bei denen die Ausscheidung bereits aufgehört hatte, und er fand, dass bei diesen durch Genuss von Schwefelwässern innerhalb 2—14 Tagen eine Ausscheidung wieder eintrat. Um die Einwendung einer zufälligen Coïncidenz der Schwefelwassercur und Quecksilberausscheidung zurückzuweisen, führt Verf. Folgendes an:

Das Quecksilber findet sich im Körper als Eiweissverbindung. Durch Schwefelwasser entsteht ein Eiweisszerfall und dadurch die Möglichkeit der Quecksilberausscheidung. Klinisch erhellt dieser Eiweisszerfall aus einem vorübergehend bleichsüchtigen Zustande, Abnahme des Volums von Leber und Milz und vermehrter Harnstoffausscheidung. Nach Verf. Untersuchungen steigt unter Einfluss des Schwefelwassers die ausgeschiedene Harnstoffmenge um das Doppelte und mehr, nach Aussetzen des Wassertrinkens hört die vermehrte Ausscheidung wieder auf. Die Gründe hierfür liegen in der Sauerstoff entziehenden Wirkung des Schwefelwasserstoffgases; denn verminderte Sauerstoffzufuhr regt den Eiweisszerfall an. Diese Wirkung wird noch dadurch verstärkt, dass der Schwefelwasserstoff die Herz- und Athmungsthätigkeit herabsetzt.

Die Wirkung des Schwefelwassers, latente Syphilis wieder zum Vorschein zu bringen, beruht also zumeist in der Zerstörung von Eiweisskörpern, an welche man sich das Syphiliscontagium gebunden zu denken hat. Beim Zerfall wird das Gift frei und ist nun im Stande mit anderen organischen Elementen neue Verbindungen einzugehen. Es treten neue Syphiliserscheinungen auf. Dies wird solange weitergehen, bis das Syphilisgift auf irgend eine Weise weiter zerfällt und als ein Endproduct des Stoffwechsels ausgeschieden wird. Ueber die Beschaffenheit dieser Endproducte wissen wir wenig, jedoch sind uns zwei Wege bekannt, auf denen die Eliminirung vor sich gehen kann.

Den einen erkennen wir in der vermehrten Harnstoffausscheidung, den anderen in der fettigen Degeneration luetischer Producte.

Ganz dieselbe Wirkung hat auch die Einverleibung des Quecksilbers: Eiweisszerfall, vermehrte Stickstoffausscheidung im Harn, fettige Metamorphose syphilitischer Producte, welche als heterologe Gebilde weniger stabil sind und der zellentödtenden Wirkung des Quecksilbers weniger widerstehen, als normale Zellen.

Also das Manifestwerden der latenten Syphilis bei Schwefelwassergebrauch besteht in einem Freiwerden des syphilitischen Contagiums durch Eiweisszerfall. Dieses kann wieder auf andere Gewebselemente einwirken. Verf. wendet sich hier gegen die Theorie Virchow's, dass das Syphilisgift während der Latenz in den Lymphdrüsen deponirt sei und zur Zeit des Wiedersichtbarwerdens der Symptome dem Säftestrom wieder beigemischt werde.

Verf. verwahrt sich gegen die eventuelle Unterlegung, als ob er das syphilitische Gift für einen stickstoffhaltigen Körper halte, und führt zum Schluss aus, dass man weder über seine chemische Beschaffenheit etwas Genaueres wisse, noch dass es der Syphilis ausschliesslich zukommende morphologische Gebilde gebe. **Rinne** (Berlin).

M. Schottelius. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung inhalirter Substanzen.

(Virch. Arch. Bd. LXXIII. p. 524—550.)

Um die Verschiedenheit in der Wirkung anorganischer, in der Lunge nicht zersetzlicher Substanzen (Holzkohle, Zinnober, Berliner Blau) und organischer, zersetzlicher Körper (getrockneter Abscesseiter, Darmkoth, Schimmelpilze) zu studiren, wurden kleine Quantitäten dieser Massen Hunden und Kaninchen nach vorausgeschickter Tracheotomie durch die Kanüle in die Lungen eingeblasen. Die indifferenten Staubpartikelchen werden zum Theil von quellenden Alveolarepithelien aufgenommen und so aus der Lunge wieder herausbefördert, zum Theil aber, wo sie auf epithelentblösste Stellen der Alveolarwand treffen, von Wanderzellen in Empfang genommen und meist dem Verlauf der Lymphgefässe folgend, fortgeschleppt. Reactive Entzündungserscheinungen finden nach dem Eindringen derartiger kleinster Fremdkörper im Allgemeinen nicht statt, nur wenn durch massenhafteren Staubeintritt kleine Bronchien vollständig verstopft werden, können peribronchitische Herde entstehen, fibröse knötchenförmige Anhängsel, welche sich an Stelle des eliminirten Alveolencomplexes nach und nach narbig an dem Hauptbronchus zusammengezogen haben. — Werden dagegen organische Staubarten in die Lunge gebracht, so treten wirkliche Entzündungen mit destructiver Tendenz auf, einerlei, von welcher besonderen Beschaffenheit die Staubart sei. Grössere Mengen organischer Substanz dürfen nicht eingeblasen werden, wenn die Thiere nicht innerhalb der ersten 24 Stunden unter hochgradiger Lungenanschoppung zu Grunde gehen sollen, geringere Quantitäten dagegen werden ertragen. Die rapidesten Fälle verlaufen unter Bildung disseminirter Herde, die meist im Centrum einen kleinen Bronchus erkennen lassen und schliesslich durch eitrige Schmelzung zu kleinen Hohlräumen werden. Bei langsamerem Ablauf bilden sich theils grössere Herde luftleeren Gewebes mit centralem Detritus und peripherer Zellanfüllung, theils knötchenförmige Gebilde, welche durch Anhäufung von Rundzellen in der Adventitia von Bronchien und Gefässen entstehen, und ferner submucöse Infiltrationen in den mittleren und kleineren Bronchien, durch welche die Schleimhaut emporgehoben, hier und da das Lumen verengt und verschlossen und schliesslich das Epithel zum Schwund gebracht wird.

Verf. hat ferner Inhalationsversuche mit phthisischen und mit solchen Sputis angestellt, bei denen Phthisis ausgeschlossen werden konnte, sowie mit zerriebenem Käse und frischem Hirn (Kalb, Schwein) und kommt zu dem Resultat, dass die Frage nach der Specificität der Tuberkulose durch die Lippl-Tappeiner'schen Versuche nicht gelöst sei, indem durch die Inhalation jener heterogenen Substanzen qualitativ ganz gleiche Entzündungsherde wie bei Einathmung tuberkulöser Sputa hervorgebracht würden.

Lassar (Berlin).

J. Wolff. Über Operiren bei herabhängendem Kopf des Kranken.

(Sammlung klin. Vorträge No. 147.)

Der Werth des Rose'schen Verfahrens wird hier eingehend erwogen. Verf. stützt sich dabei vornehmlich auf eigene Erfahrungen; er hat 29 Mal mit dieser Lagerung operirt. Unter seinen Operationen sind 7 grössere, den harten oder weichen Gaumen betreffende, 4 Hasenschartenoperationen und 5 Tracheotomieen; in einem Fall wurde die Narkose mit Aethylidenchlorid eingeleitet. Einige Experimente an Gesunden vervollständigen das Urtheil, dessen Hauptpunkte folgende sind:

1) Die Aspiration von Blut bei hängendem Kopf ist wohl physiologisch unmöglich, jedenfalls bisher nie vorgekommen.

2) Die Unannehmlichkeit der venösen Ueberfüllung nimmt bei längerem Verweilen in der Rose'schen Lage eher ab, eine besondere Gefahr ist bisher nicht dadurch entstanden, und für die Chloroformnarkose und die durch sie bewirkte Gehirnanämie wirkt diese Hyperämie eher günstig.

3) Die Vermehrung der Blutung hält Verf. entgegen den vereinzelten Erfahrungen Anderer für unbeträchtlich, seine Untersuchungen über den Unterschied des Blutgehalts bei erhobenem und bei hängendem Kopf haben aber noch nicht zu ganz fertigen Ergebnissen geführt.

4) Bei complicirter Hautschnittführung kann diese passend in gewöhnlicher Haltung ausgeführt und erst für die Fortsetzung der Operationen die Rose'sche Lagerung angeordnet werden.

5) Längere Operationen sind meist von Kopfweh oder Nackenschmerz gefolgt.

6) Beim vorsichtigen Ueberführen des Kopfes indie gewöhnliche Lage ist keine Luxation der Halswirbel zu befürchten.

7) Für die Tracheotomia inferior bietet das Verfahren verschiedene Vortheile.

8) Der Operateur wird eher beschmutzt, dagegen hat er den Vortheil guter Beleuchtung und angenehmer Situation für sich wie für die Assistenten.

Somit, schliesst Verf., sind die Nachtheile zwar nicht unerheblich, aber doch erträglich, die Vortheile dagegen unersetzlich gross, so dass kein Verfahren mittelst Tamponade der Luftwege damit concurriren kann. **Mögling** (Schwenningen).

Gersuny. Ueber die Verwendbarkeit des Thomas'schen Lagerungsapparates bei Wirbelcaries.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 24.)

G. verwendet öfter den von Thomas in London für Behandlung der Coxitis angegebenen Apparat, welcher gut immobilisirt und den Kranken leicht transportabel macht. Für Wirbelleiden muss die für beide Seiten berechnete Modification verwandt werden. Zwei daumenbreite Streifen Bandeisen, vom unteren Winkel des Schulterblattes bis zum unteren Drittheil des Unterschenkels reichend, werden so

zurechtgebogen, dass sie neben der Wirbelsäule, etwa zwei Finger breit von ihr entfernt über die Nates in der Mitte zwischen Tuber ischii und Trochanter major und über die hintere Seite des Beines verlaufend sich überall der Körperoberfläche genau anschmiegen. Mit zwei »Schränkeisen« ist dies Biegen bei Bauchlage des Pat. nicht sehr schwierig. Die beiden Stäbe werden mit ihren oberen Enden an einer schwachen Feder befestigt, welche den Thorax zu zwei Dritttheilen umfasst und die Grundlage zu einem festen Brustgürtel bildet. Nahe am unteren Ende wird ihre gegenseitige Lage durch eine Querspange fixirt. Im oberen Dritttheil des Oberschenkeltheiles, sowie am unteren Ende jedes Stabes wird ein Halbring aus Bandeisen angelöthet, um die Beine zu tragen. Der Apparat wird danach mit Leder überzogen, mit einem Brustgürtel mit Achselbändern und einem Gurt für das Becken versehen. Der Gebrauch des Apparates ergiebt sich von selbst; man kann Coxitis-Patienten damit herumtragen. Verf. wandte nun zu seiner grossen Zufriedenheit den Apparat in einem Falle an, in welchem zu einer Wirbelcaries ein starker Congestionsabscess und Flectionsstellung des Schenkels kam. Sitzt die Wirbelcaries weiter oben, so muss man die Stäbe nach oben verlängern, eventuell hakenförmig um die Schultern nach vorn biegen.

v. Mosengeil (Bonn).

T. Spencer Wells. Lectures on the diagnosis and surgical treatment of abdominal tumours.

(Med. times and gazette 1878. Juni 15, 22, 29, Juli 6, 13, 20, 27.)

(In deutscher Uebersetzung, Leipzig, bei **Breitkopf & Härtel.**)

In dem ersten seiner Vorträge bespricht Verf. die Art und Weise der Untersuchung von Leuten mit Abdominaltumoren und dringt besonders auf eine methodisch geregelte Untersuchung, zu welchem Zwecke er sein »note-book« angegeben hat, ein Krankengeschichtsformular in Buchform, welches alle an die Patienten zu stellenden Fragen und alle die Gesichtspunkte enthält, die man bei der Untersuchung beachten muss. Er räth der Reihe nach vorzunehmen die Inspection, Palpation, Mensuration, dann Percussion und Auscultation. Sehr grossen Werth legt er auf die combinirte innere und äussere Untersuchung von den Bauchdecken und von der Scheide und auf die combinirte Untersuchung von Scheide und Mastdarm aus. Die von Simon angegebene vereinigte Untersuchung von Uterus und Blase durch Scheide und erweiterte Harnröhre, ebenso die Rectaluntersuchung mit der ganzen Hand übt Verf. nicht und verspricht sich hiervon auch nur wenig Aufschluss. Zum Schluss endlich muss eine genaue Anamnese über Entstehung und Verlauf der ganzen Krankheit aufgenommen werden. Verf. bespricht dann die Differentialdiagnose zwischen freien und abgesackten Flüssigkeitsansammlungen innerhalb des Abdomen, die Symptome, welche in einer Cyste angesammelte Luft hervorruft und kommt endlich zur chemischen Untersuchung der betreffenden Flüssigkeit, wobei er zeigt,

dass die Anwesenheit von Par- und Metalbumin nicht immer beweisend sei für das Vorhandensein einer Ovariencyste, da man solches auch schon in Hydronephrosenflüssigkeit gefunden habe.

Zweiter Vortrag. Die mikroskopische Untersuchung der in den entleerten Flüssigkeiten enthaltenen Formelemente anlangend, spricht sich Verf. über die von verschiedenen Forschern (Bennett, Nunn, Drysdale) beschriebenen, angeblich für Eierstockscysten charakteristischen granulirten Zellen nicht definitiv aus, legt aber grossen diagnostischen Werth auf die von Knowsley Thornton bei bösartigen Tumoren gefundenen grossen Epithelialzellenhaufen. Er bespricht dann die Differentialdiagnose zwischen festen und fast weichen Tumoren, den einfachen, mehrkammerigen und Dermoidcysten, die eventuelle Diagnose der Verwachsungen. Die Differentialdiagnose zwischen Eierstocks- und anderen Bauchgeschwülsten wird ausführlich besprochen: die Tumoren des Uterus, Extrauterinschwangerschaft, die Milzgeschwülste, von denen er drei — sämmtlich mit lethalem Ausgang bei vor der Operation gestellter Diagnose — exstirpirte — die Carcinome der verschiedenen Bauchorgane, die Echinococcen, die Aneurysmen der Bauchaorta, Hämatocelen, Beckenabscesse und Kothgeschwülste, die Wandernieren und Tumoren der Bauchdecken. Er erwähnt noch Scheingeschwülste, die er bei Männern sowohl als bei Frauen beobachtete, deren Ursache nicht ganz klar, wahrscheinlich aber in abnormer Ausdehnung und Verlagerung der Därme begründet ist und die in der Narkose verschwinden. Endlich weist er darauf hin, bei Patientinnen mit Bauchgeschwülsten stets an Schwangerschaft oder an Complication mit derselben zu denken.

Im dritten und vierten Vortrag bespricht Verf. die verschiedenen Methoden der chirurgischen Behandlung von Abdominal-, bezw. Ovarientumoren. Was die Punction anbelangt, so spricht er sich gegen die Ansicht Derjenigen aus, welche die Punction überhaupt verwerfen; sie ist weder an sich gefährlich, noch verschlechtert sie die Aussichten einer späteren eventuellen Ovariotomie, nur muss man vermeiden, dass Luft und mit ihr septische Stoffe in die Cyste gelangen. Dieses, sowie das Abrutschen der Cyste vom Troikart während der allmäligen Entleerung des Inhalts und die Verletzung der Cyste durch die Spitze des Troikarts vermeidet Verf. mit Hülfe des von ihm angegebenen, bekannten Instrumentes, indem er die Punction stets im Liegen der Patientin auf dem Bettrande und nachdem die Haut mit einer Lanzette eingeschnitten ist, ausführt. Die Punction durch die Bauchwand kann nach den zahlreichen Erfahrungen von Sp. Wells, wenn es sich wirklich um eine einfache Cyste handelt, zur radicalen Heilung führen, und er hält es deshalb für Pflicht, stets in solchen Fällen erst die Punction zu versuchen. Von der Punction durch die Vagina mit nachfolgender Drainage (die durch das Rectum verwirft er) hat er früher öfters Erfolg beobachtet; die Compression des Abdomen nach der Punction hält er für schädlich. Die Incision in die Cyste mit folgender Drainage und Ausspülung will er nur als Noth-

behelf, wenn eine Ovariotomie nicht vollendet werden kann, gelten lassen, hat aber auch dann noch in einigen Fällen Heilung gesehen.

Was nun die Ovariotomie anbelangt, so will Sp. Wells nur solche Fälle derselben unterwerfen, in denen der Tumor wirklich bedeutende Beschwerden macht oder anfängt, das Allgemeinbefinden zu beeinflussen, doch warnt er nachdrücklich davor, die Operation zu lange aufzuschieben; eine frühzeitige Operation findet er nur gerechtfertigt, wenn es sich um eine unzweifelhaft multiloculäre Cyste handelt, bei der die Punction gar keinen Erfolg verspricht. — Die Prognose der Operation richtet sich vielmehr nach dem Allgemeinbefinden, als nach dem Sitz und der Grösse des Tumors, doch verschlechtern grosse, solide Tumoren, die eine sehr grosse Incision erfordern, und Adhäsionen im kleinen Becken die Prognose nicht unbedeutend. Die einzige absolute Contraindication zur Operation bilden unheilbare andere Krankheiten, die dem Leben in Bälde voraussichtlich ein Ende machen; selbst bei unzweifelhaft carcinomatösen Tumoren erlebte es Verf., dass ein Recidiv erst nach 10 bis 11 Jahren erfolgte.

Verf. giebt hierauf die bekannten Vorschriften über die Beschaffenheit des Operations- und Krankenzimmers, die Vorbereitung der Patientinnen zur Operation, ihre Befestigung am Operationstisch, die Vorkehrungen gegen die Erkältung und Durchnässung derselben. Als Anästheticum braucht er nur Methylenbichlorid und hat in etwa 600 Fällen von Ovariotomie und bei 300 anderen Operationen niemals etwas Unangenehmes damit erlebt; für wesentlich erachtet er dabei freilich den von Junker construirten Apparat, durch welchen 2 bis höchstens 4 Theile Methylenbichlorid auf 100 Theile atmosphärischer Luft den Patienten zugeführt werden.

Die Blutung der Bauchwunde stillt Sp. Wells scrupulös vor der Eröffnung des Bauchfells, welche er auf der Hohlsonde mit Hülfe eines geknöpften Messers ausführt; hierauf in den uncomplicirten Fällen Punction der Cyste mit dem eigens dazu angegebenen Troikart und Hervorziehen derselben aus dem Abdomen. Bei sehr ausgebreiteten flächenhaften Adhäsionen der Cyste mit der Bauchwand empfiehlt er, zuerst die Cyste durch Punction zu entleeren; dabei kann natürlich absolut kein Cysteninhalt in die Bauchhöhle gelangen und es ist oft sehr leicht, nach der Entleerung mit der Hand einzugehen, die Hinterwand der Cyste zu ergreifen, durch die Bauchwunde hervorzuziehen und die Cyste so abzulösen. Sehr sorgfältig ist dabei darauf zu sehen, dass die Grenze zwischen Cyste und Bauchwand richtig getroffen und nicht etwa die Serosa auf weite Strecken hin völlig losgelöst werde. Die Lösung der Adhäsionen wird nur in den allerseltensten Fällen Messer oder Scheere erfordern. Um den Tumor endlich herauszubekommen, wird es öfters — bei Cystoiden — nöthig sein, einzelne Cysten zu punctiren oder von innen her die Septa zu zerreissen und den Inhalt zu entleeren.

Was nun die Stielbehandlung anlangt, so benutzt Verf. in den

gewöhnlichen Fällen eine Klammer, deren jetzt von ihm angewendete Modification er genau bespricht; eventuell bei ungleicher Dicke des Stieles in seinen einzelnen Theilen und daraus resultirender Gefahr, dass ein Theil abrutsche und blute, mit Zuhülfenahme einer Seidenligatur; Betupfen des Stielendes mit Eisenchlorid. Ist der Stiel zu kurz oder zu breit, als dass man die Klammer anwenden könnte, so unterbindet er den Stiel in mehreren Portionen; die dazu benutzten Nadeln sind mit stumpfer Spitze und mit doppelten Oehren versehen; der Knoten ist immer ein chirurgischer und ausserdem noch ein gewöhnlicher. Auf die Besorgung des Stiels lässt Sp. Wells die Toilette des Peritoneum folgen, die seinen Erfahrungen nach nicht sorgfältig genug gemacht werden kann, wobei er unter Anführung lehrreicher Beispiele dringend empfiehlt, die Schwämme zu zählen und nicht zu klein zu nehmen, damit keiner im Abdomen bleibe. Hierauf schliesst er die Bauchwunde mit Seidenfäden, welche an beiden Enden eingefädelt, von innen nach aussen unter Mitfassen der Serosa angelegt werden. Die Wunde bedeckt er mit trockener Thymolgaze, die mit Binden befestigt wird.

Verf. bespricht hierauf das von ihm aufgegebene Verfahren der Cauterisation der Adhäsionen und des Stiels (wobei er sich jetzt, falls dieses Verfahren angewendet werden sollte, des Paquelin'schen Apparates bedienen würde), ferner die historische Entwickelung dieser, sowie der Behandlungsmethode mit der Klammer. Zuletzt demonstrirt er mehrere anatomische Präparate, welche die Wirkung der Klammer und die Heilungsvorgänge nach ihrer Anwendung versinnlichen, ferner Präparate, die beweisen, dass man, um schnelle und gute Vereinigung der Bauchwunde zu erzielen, die Serosa mitfassen muss.

Im fünften Vortrage demonstrirt Verf. 2 Präparate, die das Schicksal einer versenkten Stielligatur zeigen, das eine 6 Tage, das andere mehrere Monate nach der Operation der Leiche entnommen; im letzteren Falle war von dem Hanffaden keine Spur mehr auffindbar. Verf. selbst wendet zur Ligatur des Stiels stets nur Seide an. Was nun die Vorzüge und Nachtheile beider Methoden der Stielbehandlung, der mit der Klammer und der mit der Ligatur anbelangt, so hat Verf. bei der ersteren niemals eine Nachblutung erlebt, während er bei der zweiten 2 Patientinnen durch primäre Nachblutung in Folge von Abrutschen der Ligatur verlor. Dagegen heilt bei der Ligatur die ganze Wunde per primam, mit grösstmöglichster Bequemlichkeit für die Patientin. Von den 900 Ovariotomien, die er machte, wurden 627 mit der Klammer behandelt und ergaben eine Mortalität von 20,73 %; 173 wurden mit der Ligatur behandelt und ergaben eine Mortalität von 38,2 %. Verf. folgert hieraus, dass die Ligatur nur in den Fällen Platz greifen darf, wo die Klammer nicht anwendbar ist und hält eine Discussion über die Frage, ob man principiell der Klammer oder der Ligatur den Vorzug zu geben habe, für zwecklos.

Adhäsionen bluten gewöhnlich nur, wenn sie mit Messer oder

Scheere getrennt sind. Diese Blutungen werden meist gestillt durch das mehrere Minuten lange Anlegen einer Torsionspincette, selten ist Unterbindung oder Umstechung nöthig. Zwei Mal half sich Verf., indem er die laxe Bauchhaut in dicke Falten aufhob, an deren Grund Nadeln durchstach und durch auf dieselben aufgesetzte Korkplatten die Falten aneinanderpresste. Nach 2 Tagen wurden die Nadeln wieder entfernt. Verf. erzählt dann, dass er 1 Mal eine seiner Arterienklammern in der Bauchhöhle einer Patientin vergessen und erst in der Nacht nach der Operation wieder entfernt habe; die Patientin genas. Man soll daher die Instrumente ebenso wie die Schwämme vor der Operation zählen.

Nach der Operation bekommen die Patientinnen Opium, nur bei Schmerzen Alkohol, und zwar reichlich bei drohendem Collaps. Zur Herabsetzung von fieberhaften Temperaturen bedient sich Verf. des von Thornton construirten Eishelms. (Näheres im Original. Ref.) Treten schneller Puls, hohes Fieber, Erbrechen, Meteorismus auf, so soll man genau untersuchen, ob sich Flüssigkeit im Abdomen angesammelt hat und solche vom Rectum oder der Vagina aus punctiren, eventuell mit nachfolgender Drainage. Verf. hat so noch mehrere Male Heilung eintreten sehen.

Auf die ersten 500 Fälle von completer Ovariotomie, die Sp. Wells machte, kamen 52 Fälle, also 10 % von unvollendeten Operationen resp. Explorativeinschnitten; auf die nächsten 400 kommen 29 solche Fälle, also 7¼ %. Verf. giebt eine genaue tabellarische Uebersicht über diese Fälle, die im Original nachgesehen werden muss. In den meisten dieser Fälle waren aussergewöhnliche Schwierigkeiten vorausgesehen und die Patientinnen davon unterrichtet.

Von den Patientinnen, denen beide Ovarien entfernt worden waren, stellte sich nur bei 3 jungen etwas wie Menstruation wieder ein, viele von den einfach operirten gebaren Kinder beiderlei Geschlechts, auch Zwillinge. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verliefen ohne besondere Abweichungen. Im Gesammten hatte Verf. bei 900 Operationen eine Mortalität von 24½ % (im letzten Hundert nur 17 %).

Ausser den 4 schon früher publicirten Fällen sah sich Verf. noch 7 Mal genöthigt, die Operation an derselben Patientin wegen Erkrankung des anderen Ovarium zu wiederholen; alle genasen. Eine, bei welcher das Recidiv von dem Stiel ausging (zuerst von einem anderen Chirurgen operirt), starb; eine andere endlich, bei der die zweite Cyste von der Stelle einer früheren Adhäsion ausging, während das andere Ovarium gesund geblieben war, wurde geheilt. Bei bestehender Schwangerschaft operirte Verf. 10 Mal mit nur 1 Todesfall. Battey's Operation, die er nur 1 Mal ausführte, hält er für höchst selten indicirt.

Im sechsten Vortrage setzt Sp. Wells, ausgehend von der Thatsache, dass die meisten Todesfälle nach Ovariotomie an Peritonitis und zwar an septischer Peritonitis erfolgen, seine Stellung zur anti-

septischen Wundbehandlung auseinander. Er weist darauf hin, dass er schon 1864 in seinem Vortrage über die excessive Sterblichkeit nach chirurgischen Operationen darauf aufmerksam gemacht habe, dass schädliche Keime mit der Luft zu den Wunden gelangen können und dass er zur Anwendung der unterschwefligsauren Alkalien aufgefordert habe. Er protestirt dagegen, dass man ihn als einen Gegner der antiseptischen Wundbehandlungsmethode hinstelle oder seine bisher erzielten Resultate als einen Beweis gegen die Keimtheorie der Sepsis gelten lassen wolle. Er selbst operirt seit Anfang des Jahres 1878, besonders aufgefordert durch die Resultate der deutschen Operateure, streng mit antiseptischen Cautelen, abwechselnd zwischen Thymol und Carbolsäure. Er betont, dass es bei der Prüfung einer solchen Wundbehandlungsmethode sehr wesentlich darauf ankomme, dieselbe ganz minutiös und pedantisch genau in allen ihren Einzelheiten zur Ausführung zu bringen, dabei aber nicht im Vertrauen auf die antiseptische Kraft eines Desinfectionsmittels, z. B. der Carbolsäure, die gewöhnlichen Vorschriften der Reinlichkeit bei Seite zu lassen. Die antiseptische Wundbehandlungsmethode solle die bis jetzt von uns erprobten Massnahmen nicht substituiren, sondern als weiteres Schutzmittel gegen die Gefahr der chirurgischen Eingriffe dienen.

Verf. theilt noch kurz seine Erfahrungen über die Laparotomie wegen Tumoren der Gebärmutter mit. An 24 Patientinnen machte er die vollständige Exstirpation grosser Uterusgeschwülste (öfter zugleich die Entfernung der Ovarien); von diesen starben 15. Bei weiteren 21 blieb die Operation unvollendet oder es wurde nur ein Probeeinschnitt gemacht; von diesen starben nur 2 in Folge dieses Eingriffs. 2 Tabellen geben über diese 45 Operationen einen genauen Ueberblick. Die Operationsmethode unterscheidet sich nur unwesentlich von der Ovariotomie.

Der Freund'schen Methode der Uterusexstirpation widmet Verf. eine eingehende Besprechung. Er hält sie zwar nur in seltenen Fällen für indicirt, dann aber für einen bedeutenden Fortschritt in der operativen Chirurgie.

Zum Schluss endlich widmet Sp. Wells warme Worte der Anerkennung dem Andenken des virginischen Arztes Mc Dowell, des »Vaters der Ovariotomie«. **H. Wildt** (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

Courty. Trousse gynécologique.

(Annal. de Gynécologie 1878. August. p. 81—122.)

C. liefert eine durch zahlreiche Abbildungen erläuterte Zusammenstellung der gynäkologischen Instrumente, die sich ihm am besten bewährt haben, vielfach nachdem er an den bekannten Modellen eine oder die andere Modification angebracht hat.

Das ganze Armamentarium des Gynäkologen zerfällt nach C. in 3 Gruppen: 1. Instrumente, die zur Untersuchung und zur Ausführung kleiner, aber häufig und

dringlich indicirter Operationen nothwendig sind; 2. Instrumente, die, wenn auch nicht unentbehrlich, doch ebenfalls nothwendig sind, die man sich aber nach Bedürfniss zur Stelle schafft; 3. die für die grossen gynäkologischen Operationen nothwendigen Instrumente.

Da es von geringem Interesse ist, in der 2. Gruppe Fergusson's, Cusco's Speculum, Sims' Messer und Cürette u. s. w., in der 3. Gruppe eine Anzahl von bekannten Polypenzangen, Haken, Ecraseurs, Kauterisationsapparaten und schliesslich eine »boite« für Blasenscheidenfisteloperationen und eine andere für die Ovariotomie empfohlen zu finden, können wir uns darauf beschränken, den Inhalt des Besteckes, welches der Gynäkologe für gewöhnlich bei sich führen soll, anzugeben.

1. Halbrinnenspeculum, und zwar 4 verschiedene Halbrinnen, nebst 2 Griffen, die kürzer und einfacher anfügbar erscheinen als am Simon'schen Speculum. Mit Recht nimmt C. für diese Form die allgemeinste Brauchbarkeit in Anspruch.

2. Eine gerade und eine gebogene, fest einstellbare Kornzange.

3. Ein weiblicher Katheter, empfehlenswerth der Sförmige Sims'sche.

4. Eine auf Centimeter eingetheilte Uterussonde, »die vielleicht unentbehrlicher für die Diagnose ist als selbst das Speculum, da das letztere schlimmsten Falls durch einen silbernen Löffel zu ersetzen ist«.

5. 2 silberne und 6. 2 Hartgummi-Uteruskatheter, dazu eine kleine Verbindungskanüle, um die letzteren jeder beliebigen Spritze aufsetzen zu können.

7. Ein langgestieltes gedecktes Bistouri mit schmaler und kurzer Klinge, ein anderes mit spitzer Klinge.

8. 3 lange Scheeren, eine gerade, eine winkelig und eine über die Fläche gebogen, mit kurzer Schneide.

9.—15. Hakenzangen, und zwar eine mit convergirenden, die andere mit divergirenden Häkchen, 2 langgestielte Haarpinsel, ein Aetzmittelträger nach Braun und ein Salbenträger, 2 verschieden starke Cüretten nach Récamier, eine kleine Spritze aus Glas und Hartgummi, eine grössere aus Nickel, die erstere zur Cauterisation, die letztere für die Ausspülung der Gebärmutterhöhle. —

Löhlein (Berlin).

Colter. Two peculiar surgical cases.

(Med. times and gazette 1878. Juni 8.)

1. Fall: 25jähriger Mann bekam einen Revolverschuss 2—3 Zoll unterhalb der höchsten Spitze der Synchondrosis sacro-iliaca, die Kugel konnte mit einer langen Sonde gefühlt werden. — 5—6 Zoll lange Incision durch die Glutäalmuskeln, Aussägen eines Knochenstücks mit Hülfe der Trephine, so dass ein Finger eingeführt werden konnte, der die Kugel hinter der Blase zwischen den Därmen liegend fühlte. Extraction derselben mit einer Polypenzange. Heilung binnen 6 Wochen.

2. Fall. Ein Sergant lehnte sich rückwärts auf einen Sessel, während seine Füsse auf dem Boden ruhten. Auf einmal verliert er das Gleichgewicht und fährt mit den Händen nach hinten. Sofort Schmerz im rechten Schlüsselbein und Ohnmacht. Es fand sich ein Bruch dieses Knochens zwischen innerem und mittlerem Drittel, nach der Ansicht des Verf. das Resultat der plötzlichen Contraction des Musculus trapezius einer- und des Pectoralis major und subclavius andererseits.

H. Wildt (Berlin).

Bérger. Fracture du crâne avec enfoncement compliqué de plaie communiquant avec la cavité crânienne. — Accidents cérébraux primitifs. — Exspectation. — Guérison sans nécrose et sans accidents cérébraux consécutifs.

(Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris. Tome III. No. 8. Séance du 25 juillet 1878.)

Einem Knaben von 13 Jahren war aus der Höhe von mehreren Metern ein sehr schwerer Eisenbolzen auf den Kopf gefallen; Bewusstlosigkeit mehrere Minuten lang. Bei der Ankunft im Krankenhaus konnte er jedoch wieder gehen und war ganz klar. Kurz darauf jedoch traten zwei heftige epileptiforme Anfälle auf,

aus denen Pat. in einen tiefen Schlaf verfiel. Auf dem rechten Scheitelbeine fanden sich zwei durch eine schmale Hautbrücke getrennte Wunden, von denen die grössere 4 cm lang, unregelmässig, stark zerquetscht war. Beide mit Blutgerinnseln ausgefüllt. In der Tiefe lässt sich eine unregelmässig runde, trichterförmige Depression von ca. 3 cm im Durchmesser constatiren, an der sich 2—3 leicht bewegliche Knochenfragmente unterscheiden lassen; dieselben sind nirgends von dem Periost entblösst. Der Trichter hat eine Tiefe von 1 cm. Blutung steht; keine Lähmung sonst nachzuweisen.

Da Patient beim Erwachen aus dem Schlafe sich bis auf leichte Schmerzen in der Wunde völlig wohlbefand, keine Blutung vorhanden war, überhaupt eine Communication mit dem Schädelinneren nicht nachzuweisen war, wurde von der Trepanation abgesehen, Eisblase auf den Kopf gelegt. Mit Ausnahme einer unbedeutenden Eiterretention unter den zurückgerollten Hautlappen, ging der Schluss der Wunde in einigen Wochen ungestört von statten; längere Zeit boten die Granulationen deutliche Pulsation. **Boeters** (Berlin).

J. Russel. Two cases of phlebitis of the cerebral sinuses.

(Med. times and gazette 1878. Juni 8.)

1. Fall. 14jähriges Mädchen, seit etwa 4 Wochen krank mit Schmerzen im linken Ohr; kein Ausfluss bemerkt. Vor 5 Tagen Schüttelfrost und Erbrechen, Fieber; allmälig typhöser Zustand, weite Pupillen, Abdomen flach. Fieber, Fröste, Sopor dauern an, Tod 3 Tage nach der Aufnahme. — Die Section ergab das Gehirn und seine Häute gesund, nur waren letztere in der Nachbarschaft der venösen Sinus verdickt; linkes Trommelfell perforirt und die Paukenhöhle, sowie der äussere Gehörgang mit käsigen Massen erfüllt; in den Zellen des Processus mastoides Eiter, die sie auskleidende Membran zerstört. Hinter dem Processus mastoides eine Perforation des Knochens, die eine Communication mit dem Sinus transversus etablirte; letztere enthielt einen grauen bröcklichen Thrombus, seine Innenwand war rauh und schmutzig verfärbt; letztere Färbung erstreckte sich bis in die Vena jugularis. Die obere Fläche des Felsenbeins enthielt einen käsig-eiterigen Herd, der mit dem im Processus mastoides communicirte. Ferner fand sich Exsudat in der rechten Pleurahöhle und embolische Herde in den Lungen.

2. Fall: 34jähriger Arbeiter bekam vor etwa 2 Monaten einen sehr heftigen Schnupfen mit reichlichem Ausfluss aus der Nase; keine Syphilis nachweisbar. Vor 14 Tagen plötzlich Schwindelanfall mit heftigen Kopfschmerzen, die andauerten bis zur Aufnahme; vor 5 Tagen plötzlich Klagen über Schwachsichtigkeit, dann stellten sich Schüttelfröste und Delirien ein. Dann Ptosis des linken oberen Augenlides und complete Lähmung sämmtlicher linksseitiger Augenmuskeln; Pupillen mittelweit und träge reagirend; alle andern Hirnnerven intact. Fieber, Fröste, Delirien dauerten an, dann wurde Anästhesie und Trübung der linken Cornea constatirt, es gesellte sich dazu Oedem der Bindehaut, Parese beider rechtsseitigen Extremitäten, Urin enthielt Albumen und Cylinder; Tod erfolgte im Coma. — Die Section ergab, dass die hinteren Sinus sphenoidales und ethmoidales mit dunkelbraunem, jauchigem Eiter angefüllt waren, die Schleimhaut zerstört, Knochen nicht nekrostisch. Zwischen Dura mater und dem Körper des Keilbeins zersetztes Blut; im linken Sinus cavernosus und in der Vena ophthalmica zerfallene Thromben, die Wandungen eiterig infiltrirt. Eiterige Exsudate an der Basis des Gehirns, völlig umbettend den linken Trigeminus, der sich bei mikroskopischer Untersuchung als zerstört erwies; Hydrocephalus internus acutus.

H. Wildt (Berlin).

C. Nauwerck. Multiple tödtlich verlaufende Revolverschussverletzung der Herzgegend und der Stirne (Spital zu Winterthur).

(Correspondenzbl. für schweizer. Aerzte 1878. No. 11.)

Ein 19jähriger Handlungslehrling feuerte aus einem 6läufigen Taschenrevolver mit der rechten Hand etwa 2" von der Brust entfernt 4 Schüsse in die Herzgegend, einen fünften gegen die Stirne. Er behielt das Bewusstsein, keine Hae-

moptoe. 1 Stunde später im Hospital ergiebt sich folgender Stat. praes.: keine Anämie, 94 mittelvolle Pulse, ausser mässiger subject. Dyspnoe kein schweres Zeichen. Aus dem 3 cm unterhalb des Haarwuchses, 1 cm von der Mittellinie entfernten Stirnschusse wird die fühlbare plattgedrückte Kugel entfernt, Sondirung unterlassen. Auf der Vorderseite der Brust 4 Verletzungen, von denen 3 perforiren: ein erbsengrosser Einschuss im 4. linken Intercostalraum, fingerbreit vom Sternum, und 2 Einschüsse in das Sternum in der Höhe der 4. Rippe durchdringend. Ausgangsöffnungen sehlen. Ord.: Lister, Morph., Katheter etc. Unter hohen Temperaturen stellten sich Pneumothorax links und Pericarditis ein. Das Sensorium wurde immer stärker benommen und 7 Tage nach der Verletzung trat nach Delirien und Hallucinationen der Tod ein.

Die Section ergab Impression des Stirnbeins, einen prominirenden halbabgefprengten Splitter der Tabula vitrea und durch Anspiessung der Dura bedingte eitrige Meningitis. Kein Pneumothorax. Herz, besonders nach links, verbreitert. Pericardium mit Pleura und die linksseitigen Pleuren miteinander verwachsen. Links 800 ccm blutig fibrinöses Pleuraexsudat; im Pericardium 100 g eitrige Flüssigkeit. Rechte Lunge zeigt vorn und seitlich frische Adhäsionen. Eine Kugel gleich vorn im Mediast. ant.; daselbst eitrige Herde. Auf dem Pericard. ext. starke horizontale Sugillationen und Verdickungen, im Anschluss an die linksseitige Brustbeinperforation; auf dem Pericardium des rechten Ventrikels eine erbsengrosse feichte Impression des Herzfleisches. Cor villosum. Verwachsung des Pericard nur am Ursprung der Aorta und Pulmonalis. Daselbst die 2. Kugel, von der es ungewiss blieb, ob sie den Herzbeutel perforirt hat; ihre Basis kehrt sich der Hinterwand der Lungenarterie zu, deren Intima beginnende Nekrose zeigt. Die 3. Kugel mit stark abgeschliffener Spitze steckt im linken untern Lungenlappen und construirt N. deren Weg etwa so: durch die linke Seite des Brustbeins schräg von rechts kommend gelangt die Kugel mehr in der Längsaxe auf den Herzbeutel, verursacht die Impression des rechten Ventrikels, verläuft als Contourschuss horizontal auf dem Pericard nach hinten (Sugillationen) und gleitet vom linken Ventrikel in die Lunge ab, daher Haemopneumothorax, Pericarditis ext. (und int.?), Pleuritis sin. und blutiges Sputum. Zum Schlusse betont der Verf. die Abplattung des Projectils etc., die eben ür die Wirkung kleiner weicher Revolverkugeln charakteristisch ist.

Pauly (Posen).

G. J. Engelmann. Battey's Operation for exstirpation of the ovaries.

(Bost. med. and surg. Journ. 1878. Vol. I. p. 813. Amerik. med. assoc.)

In den zusammengestellten 41 Operationsfällen — darunter 3 eigene — wurden nicht nur gesunde sondern auch erkrankte Ovarien per vaginam entfernt. Verf. meint die Operation sei delicater, schwieriger und gefährlicher als die normale Ovariotomie vom Bauche aus; sehr häufig würden die Ovarien stückweis oder unvollständig — wenn cystische Ovarien mit der Umgebung verwachsen seien — entfernt. Von 35 Operirten wurden nur 8 merklich gebessert, mehrere befanden sich nach der Operation schlechter als vorher. In der Discussion berichtet Trenholme über 2 Operationen, die er wegen Dysmenorrhoe und wegen dislocirtem vergrössertem Ovarium ausführte; beide Personen wurden geheilt. Trenholme plaidirt für vaginale Operation, wenn sie irgend thunlich, weil das Beckenperitoneum weniger sensibel sei.

Pilz (Stettin).

Soudham. Four cases of cystine calculi.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. II. p. 53.)

Da Cystinsteine so selten sind — das Museum des Roy. Coll. of Surgeons hat unter 1000 Steinen nur 4, das Museum des Guy's Hosp. unter 520 nur 6 — so berichtet S. kurz über 4 aus der Sammlung (155 Steine) seines Vaters; dieselben wurden in der Manchester Roy. Infirm. entfernt; sie entstammen 1. einer 33jährigen Frau, 2. einem 4jährigen Mädchen, 3. einem 10jährigen Knaben und 4. einem 57jährigen Manne, (†). No. 3 wurde durch seitlichen Steinschnitt entfernt, die anderen zertrümmert. Das Gewicht betrug in Gran bei 1 = 180, 2 = 88, 3. = 150,

4 = 195. Von Interesse ist, dass die erste Pat. aus Familien stammt, in denen kein Steinleiden bestanden und dass sie heute 9 Jahre nach der Operation noch zahlreiche Cystinkrystalle im Urin hat. **Pilz** (Stettin).

H. Smith. A fourth series of cases of haemorrhoids and prolapsus of the rectum, operated on by the clamp and cautery.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 561.)

Seinem vor 3 Jahren über 300 Fälle sich erstreckenden Bericht fügt S. einen Bericht über weitere 130 Operationen hinzu, die er in seiner bekannten Weise (eigene Zange und Glüheisen) operirte; niemals erfolgte eine stärkere Nachblutung, nie ein Fall von Pyämie, Abscedirung oder Fistelbildung; ein Todesfall war nicht zu beklagen; nur 1 Mal musste S. zum 2. Male operiren; 2 Mal trat eine Verengerung des Afters ein und darum räth S. nicht zu reichlich Haut und Schleimhaut zu entfernen. Der älteste Mann zählte 82 Jahre. In dieser letzten Serie fanden sich eine grosse Zahl recht schwerer Fälle. **Pilz** (Stettin).

Tillaux. Pollutions nocturnes avec érections. — Début à 14 ans. — Traitements divers et inefficaces. — Application du réveil électro-médical. — Suppression des pollutions.

(Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris. Tome III. No. 8. Séance du 1. Aout.)

Ein 25jähriger Mann leidet seit seinem 14. Jahre an allnächtlichen oft mehrfach wiederkehrenden Pollutionen, bei denen die verschiedensten Mittel erfolglos blieben. Anwendung der Elektricität anfangs schlecht vertragen, nach einiger Zeit mit innerlichem Gebrauch von Bromkalium verbunden, verminderte und heilte schliesslich nach 2 monatlicher Anwendung das Leiden. **Boeters** (Berlin).

Bradley. Unusually large inguinal hernia — operation — death.

(Med. times and gazette 1878. Juni 8.)

63jähriger sonst gesunder Krämer, seit vielen Jahren mit linksseitigem Leistenbruch behaftet. Einklemmung vor 4 Tagen, Taxis erfolglos. Erbrechen, Verstopfung, Schmerzen im Bauch. Es fand sich eine linksseitige irreponible Leistenhernie von über Mannskopfgrösse, Versuche die Reduction durch Eis, Hochlagerung, Klystiere etc. zu erreichen. Zwei Tage später Herniotomie. Es fand sich keine Einklemmung im Bruchsackhalse, die vorliegenden Darmschlingen waren durch fibrinöse Beschläge verlöthet. Bei den Repositionsversuchen plötzlich Ausfluss von Koth, so dass ein Riss in den Darm angenommen werden musste; derselbe konnte nicht aufgefunden werden, fast der ganze Dünndarm lag ausserhalb der Bauchhöhle. Man liess die Darmschlingen ausserhalb der Bauchhöhle liegen und nähte die Wunde. Pat. † mehrere Stunden später. — Die Section ergab, dass der ganze Dünndarm, das Coecum und ein Theil des Colon ascendens unentwirrbar mit einander verwachsen im Bauche lagen. Die Perforation fand sich an der Vereinigungsstelle zwischen dem stark verdickten Processus vermiformis und dem Coecum, entsprechend einem grossen Schleimhautgeschwür an dieser Stelle.

H. Wildt (Berlin).

R. Moffat. On a case of puerperal convulsions, in which dislocation of the humerus occurred from muscular action.

(The Glasgow med. Journ. 1878. Juni.)

Eine 22jährige Primipara erkrankte unter allen Erscheinungen der Eklampsie. Nach Aufhören der heftigen Convulsionen wurde eine vollständige luxatio subcoracoidea des rechten Humerus bemerkt, welche alsbald wieder eingerichtet wurde. Verf. macht darauf aufmerksam, dass ähnliche Fälle bereits öfters beschrieben wurden. **A. Bidder** (Mannheim).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 47. Sonnabend, den 23. November. 1878.

Zur Lehre der Carbolintoxicationen.

II.

Von

Dr. **E. Sonnenburg,**

Docent in Strassburg.

Seit der in No. 45 dieses Blattes gemachten Mittheilung ist die Arbeit Küster's, die wir bisher nur im Auszuge kannten, erschienen (Arch. für klin. Chir. Bd. XXIII. Hft. 1. p. 117 ff.). Da Küster auch über die Wirkung des Glaubersalzes Experimente anstellte, so sehen wir uns genöthigt auf einige Punkte der Arbeit kurz einzugehen.

Zuvörderst sei erwähnt, dass die von uns früher schon beobachtete Temperaturerhöhung bei gewissen Graden von Phenolvergiftung von Küster bestätigt wurde.

Was nun die Experimente anbetrifft, so scheint uns Herr Küster eine nicht ganz sichere Methode gewählt zu haben, indem er seinen Versuchsthieren $2^1/_2$—5 % Carbollösung in die Venen injicirte. Denn die Carbolsäure wirkt zersetzend auf's Blut.

Zapolsky (Hoppe-Seyler's med. chemische Untersuchungen p. 557) fand, dass eine Lösung von Blutfarbstoff getrübt wird, wenn die Mischung auf 1 Theil Carbolsäure, 22 Theile Lösung enthielt, reichlicher Niederschlag erschien beim Verhältniss 1 : 20,5. Ebenso trübt sich eine Eiweisslösung durch 5 % Phenollösung. Was für eine Zersetzung das ist, wissen wir vor der Hand nicht. Ich habe mich neuerdings zusammen mit Herrn Dr. Herter, der auch die weiter unten angeführten Experimente im Laboratorium des Herrn Prof. Hoppe-Seyler in liebenswürdiger Weise mit mir unternahm, über diese durch Carbol bedingte Zersetzung durch eigene Beobachtungen überzeugen können.

Es ist daher nicht zu verwundern, dass man beim Einspritzen von 5 % Carbollösung ins Blut leicht Gerinnungen bekommt. Hier zunächst unsere eignen Erfahrungen.

1) Kaninchen. Gewicht 1560 g. Langsame Injection mittelst eines einfachen Infusors von 30 ccm einer 5 % Carbollösung in die Vena jugul. Nach einer Min. nach einigen krampfhaften Inspirationen stirbt das Thier. Die sofort vorgenommene Autopsie ergab Thromben in der Vena jugularis, das rechte Herz ad maximum ausgedehnt, strotzend mit geronnenem Blute gefüllt. Im linken Herzen flüssiges Blut.

2) Hund. Gewicht 8,120 g. Langsame continuirliche Infusion (wie oben) von 22 ccm einer 5 % Carbollösung in die linke Vena femoral. Nach etwa $3^1/_2$ Min., während welcher leichte Zuckungen auftreten, stirbt das Thier. Die Autopsie ergab: im stark gespannten rechten Herzen viel geronnenes Blut, Thrombus in der Vena fem. und iliac. sin. In den Venen der anderen Seite keine Thromben.

Ich glaube, dass auch Herr Küster ähnliche Erfahrungen gemacht hat, wenigstens möchte ich z. B. den plötzlich eintretenden Tod, trotz der vorher gemachten Blutentziehung, bei Experiment 8 in dem Sinne deuten. Ob nicht bei den übrigen Fällen K.'s irgendwelche Symptome auf theilweise, zu gleicher Zeit stattfindende Gerinnungen zurückzuführen sind, lässt sich nicht entscheiden, da Sectionsergebnisse fehlen.

(Ausserdem scheint mir Herr Küster sehr grosse Mengen Phenol injicirt zu haben, da er 0,033—0,076 % des Körpergewichts injicirte. Mithin enthielt das Blut (dieses zum 11. Theil des Körpergewichts angenommen) 0,363—0,836 % Phenol. Nach den Angaben Baumann's (Pflüger's Arch. Bd. XIII. p. 296 ff.) findet man im Blute von Thieren, die mit Carbol vergiftet sind: 0,0107 % Phenol, nach Hoppe-Seyler (Pflüger's Arch. Bd. V. p. 479) 0,00128—0,00369 %. Darnach übertreffen die von K. eingespritzten Mengen die bei Carbolvergiftungen gefundenen Zahlen um das 30—200fache, wenn man nicht gerade annehmen will, dass bei dem sehr langsamen Einspritzen ein Theil der Carbolsäure schon ausgeschieden ist, bevor der andere eingespritzt wird.)

Demnach scheint uns die von Herrn Küster geübte Methode der Infusion der Carbolsäure nicht diejenige zu sein, bei der »die Vergiftung am reinsten und jede Nebenwirkung am sichersten ausgeschlossen wird«. Ich glaube doch der auch von uns geübten Me-

thode, nämlich von der Haut aus das Carbol resorbiren zu lassen, den Vorzug geben zu müssen.

Was nun schliesslich die von Herrn Küster angestellten Experimente über die Wirkung des Glaubersalzes anbetrifft, so liegen 3 Experimente vor (Experiment 13, 14, 15). Experiment 13 lässt Herr Küster selbst nicht gelten, da eine ungenügende Menge Glaubersalz zugeführt wurde; Experiment 14 ist nach unserer Ansicht verdächtig auf Thrombenbildung, Experiment 15 endlich spricht nicht gegen das Glaubersalz. Nach der Anordnung des Experimentes 15 zu schliessen (Einspritzen einer Mischung von Carbol- und Glaubersalzlösung) scheint Herr K. die Bildung der Phenylschwefelsäure im Blute selber anzunehmen. Diese Annahme findet in den früheren Angaben Baumann's (l. c.) sowie in den neuesten Untersuchungen über die Bildung der Phenolschwefelsäure (vergl. Christiani und Baumann, Zeitschrift für physiol. Chemie II. 5, p. 350) keine Stütze.

Wir können daher in diesen Experimenten Nichts finden, was gegen unsere an Lebenden gemachten Erfahrungen hinsichtlich der Wirkung des Natr. sulf. bei Carbolintoxicationen spräche.

Leube. Zur Diagnose der »spontanen« Septicopyämie.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXII. 3. April. p. 236.)

Es sind 5 Fälle von Pyämie mitgetheilt, über deren Aetiologie man zum Theil nur Weniges vermuthen konnte und die erst durch die Section sich als Pyämiefälle zeigten, da nach den Erscheinungen während des Lebens eher an Meningitis, Miliartuberkulose oder dergl. zu denken war.

Fall 1 betrifft eine Septicopyämie ohne jede Spur einer äusseren Einwirkung, Wunde u. s. w. Plötzlicher Ausbruch der sehr acut verlaufenden Septicopyämie nach vollständigem Ablauf eines Erysipelas.

Hierbei ist L. geneigt, das Erysipelas als Ausgangspunkt für die Pyämie anzusehen.

Der zweite Fall ist in Hinsicht auf seine Aetiologie einfacher, da hier die Pyaemia multiplex im Anschluss an das Puerperium auftrat.

Im dritten Falle handelte es sich um käsige doppelseitige Epididymitis, wo statt der erwarteten Miliartuberkulose die Autopsie Pyämie zeigte.

In den beiden letzten Fällen (IV und V) glaubt Verf. in den unbedeutenden, eingetrockneten Hauterosionen die letzte Quelle der Infection sehen zu müssen.

Fall IV Septicopyämie mit ausgebreiteten, metastatischen Herden in den Lungen, Nieren, im Hirn u. s. w. Periostitis des linken Schenkelhalses. Hauterosion am Malleol. int. sin. Polyarthritis, Pleuritis mit Pericarditis, Exanthem in Form einer Variola haemorrhag. Tod. Section.

Fall V Septicopyämie unter dem Bilde einer acuten Gelenkentzündung mit dazutretenden Hirnerscheinungen, Endocardit. bacter. Tod. Section.

(Wer die beiden letzten ausführlichen Krankengeschichten des Verf. liest, dürfte vielleicht, vom chirurgischen Standpunkte aus, nicht darüber im Zweifel sein, dass es sich in diesen beiden letzten Fällen, welche beide jugendliche Individuen betrafen, um die bekannte infectiöse Form der Osteomyelitis und Periostitis handelt, Krankheitsformen, die ja oft genug zu Verwechselungen mit Typhus und anderen acuten Erkrankungen im Anfange Gelegenheit geben. Die in beiden Fällen vorhandenen, unbedeutenden Hautexcoriationen brauchten vielleicht auch hier nicht als letzte Quelle der Infection angesehen zu werden, da diese infectiösen Knochenmark- und Knochenhautentzündungen auch ohne jede äussere Verletzungen oft primär beobachtet sind. Vergl. darüber die Arbeiten von Klose, Lücke, Kocher, Rosenbach und Anderen. Ref.)

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Hertel. Beiträge zur praktischen Heilkunde. Mittheilungen aus dem Landkrankenhause bei Cassel.

Cassel 1878. 228 S.

In zwei Abschnitten, von denen der erste der inneren Medicin, der zweite der Chirurgie gewidmet ist, bietet der Verf. eine Reihe getrennter Mittheilungen diagnostisch oder therapeutisch werthvollen Inhalts. Die Bemerkungen über Erkennung und Behandlung der Phthisis incipiens, sowie die meisten übrigen Capitel des ersten Abschnitts müssen hier trotz ihres Werthes unbesprochen bleiben, doch mag es den Chirurgen, der wiederholt mit Complicationen der Wundheilung durch Pneumonie oder Delirium potator. zu thun hat, interessiren, dass H. für die schweren Fälle der croupösen Pneumonie mit Wärme die Digitalis in grossen Quantitäten (6—8 g im Infus) empfiehlt und ebenso bei derjenigen Form des Delirium tremens, wo sich durch acutes Fieber Opium oder Chloral verbietet.

Der Schwerpunkt des chirurgischen Abschnitts liegt in den ersten zwei Capiteln, die über Wundbehandlung und Krankenhäuser, sowie über die Fracturen an den Extremitäten handeln. Verf. tritt mit gewichtigen Gründen für das Pavillonsystem ein und ist der Ansicht, dass bei günstigen sanitären Verhältnissen es möglich sei, mit permanenten Bädern und Irrigationen ohne strenge Antisepsis ebenso gut als mit dem Lister'schen Verband und dabei viel billiger auszukommen. Dazu will es freilich nicht ganz stimmen, wenn er erzählt, dass durch Aufnahme des ersten Falles von spontaner, acuter Osteomyelitis, Erysipelas und Pyämie Eingang fanden, so dass eine Zeit lang fast alle Amputirten pyämisch wurden.

Die übrigen Capitel über infectiöse Osteomyelitis, tuberkulöse Synovitis, Transplantationen, Hernien, Gefässcompressionen, chronische

Hautkrankheiten und endlich über Atresie der Vagina bieten manches Interessante, doch würde dessen Mittheilung zu weit führen. Tabellen über Krankenzahl, Operationen etc. sind nicht angegeben.

Mögling (Schwenningen).

Dittel. Beiträge zur Verbandlehre.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 17 u. 18.)

I. Gips-à-jour-Verband bei Resectionen und Brüchen des Unterkiefers.

Da Verf. bei Knochennaht der Kieferfragmente (nach vorausgegangener Durchsägung behufs Zugänglichmachens eines zu exstirpirenden Carcinoms) üble Erfahrung gemacht, legte er, als ein ganz analoger Fall vorkam, nach beendeter Operation einen Halfterverband mit Gipsbinden an; die behaarte Kopfhaut war vorher durch eine Leinwandunterlage geschützt. Wenn auch der betreffende Patient in Folge von Nachblutungen zu Grunde ging, war doch der Erfolg quoad der Wirkung des Verbandes sehr gut.

II. Katheter-Stativ nach dem Blasenschnitt.

Verf. drainirt das Cavum der Blase nach dem Median- und Seitenschnitte von der Wunde aus. Die Vortheile bestehen hauptsächlich darin, dass der eitrige Urindrang ausbleibt, das Lager trocken bleibt und der Patient Ruhe hat; die Blase kann leicht ausgewaschen und irrigirt werden, wie auch die Wunde. Um das Stativ herzustellen, bog D. einen Bleidraht, dessen Mitte unterhalb der Schenkel am Damme lag, mit jedem Ende von unten und aussen her um je einen Schenkel des Patienten, mit zwei Bändern wurden die bleiernen Schenkelringe an einem Beckengurt befestigt, der aus einem Cravattentuche gefertigt war. Der mittlere, etwas nach oben ausgebogene Theil des Bleidrahtes am Damme war ferner durch zwei, der Längsaxe eines kurzen Drainrohres parallele Schnitte gezogen, während zwischen diesen Schlitzen ein dritter nun den Katheter durchführen liess und ihn mittelst der elastischen Spannung festhielt.

v. Mosengeil (Bonn).

Moleschott. Ueber die Heilwirkungen des Jodoforms. Offenes Sendschreiben an Prof. Binz.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 24, 25 und 26.)

M. wandte das Jodoform äusserlich (1 Jodoform auf 15 Fett als Salbe oder auf 15 Collodium elasticum) vielfach bei gegen alle anderen Mittel höchst resistenten Lymphdrüsengeschwülsten an. Faustgrosse Lymphtumoren schwanden in verhältnissmässig kurzer Zeit bei dieser Behandlung. Bei einer lienalen und myelogenen Leukämie that Bepinselung der Milzgegend mit Jodoform - Collodium gute Dienste, ebenso schwanden Orchitiden und geschwollene harte Bu-

bonen Syphilitischer unter der Behandlung. Hierbei gab M. das Jodoform auch innerlich in Dosen von 0,05—0,1 mehrmals täglich. Ferner sah M. Ergüsse in die Pleura, in's Pericardium, Peritoneum, ja unter die Arachnoidea nach fleissigem Aufpinseln von Jodoform-Collodium schwinden, ebenso den starken Ascites eines Phthisikers; dabei waren zugleich harntreibende Pillen verordnet worden. Ferner ergaben sich in 5 Fällen von Hydrocephalus acutus 3 Heilungen unter äusserer Anwendung des Mittels. 1 Hygroma cysticum patellare wich in 14 Tagen der Behandlung. Bei fungösen Gelenkentzündungen, selbst mehrfach aufgebrochenen Tumores albi erwies sich das Mittel segensreich. — Ausser seinen auflösenden und Aufsaugung befördernden Eigenschaften hat das Jodoform auch schmerzstillende, was sich besonders bei seiner Anwendung bei Gichtanfällen zeigt. Bei acutem und chronischem Gelenkrheumatismus hat das Jodoform eine schmerzstillende Wirkung nicht.

Methoden, das Jod leicht nachzuweisen, folgen.

v. Mosengeil (Bonn).

Leichtenstern. Ueber das Vorkommen und die Bedeutung supernumerärer (accessorischer) Brüste und Brustwarzen.

(Virch. Archiv Bd. LXXIII. p. 222—256.)

Polymastie und Polylethie sind, wie aus einer Zusammenstellung von 13 eigenen und 92 aus der Literatur gesammelten Beobachtungen hervorgeht, ziemlich häufige Bildungsanomalien und scheinen beim Manne zwar rudimentärer, aber mindestens ebenso oft wie beim Weibe vorzukommen, wenngleich der Natur der Sache nach bei letzteren bisher mehr darauf geachtet wurde. Die überwiegende Mehrzahl der supernumerären Brustwarzen — 96 von 105 — fand sich auf der Vorderseite des Thorax, 5 in der Achselhöhle, 2 am Rücken, je eine am Acromion und am Oberschenkel, und zwar hatten dieselben ihren Sitz vorwiegend unterhalb und einwärts, selten oberhalb und auswärts der Mamillen und fast niemals in der Medianlinie. Ihre Anzahl ist nur sehr ausnahmsweise höher als zwei. — Die verhältnissmässige Häufigkeit und die Regelmässigkeit, mit welcher die accessorischen Brustwarzen sich da localisiren, wo sie bei höherstehenden Säugethieren ihren Platz finden, sind die Hauptmomente, welche den Verf. bestimmen, dieselben als atavistische Rückbildungen aufzufassen.

Lassar (Berlin).

Leyden. Manometrische Messungen über den Druck innerhalb der Brust- resp. Bauchhöhle bei Punctionen des Thorax resp. des Abdomen.

(Charité-Annalen Jahrg. III. p. 264 ff.)

Die Methode der Druckmessung, welche L. bei Punctionen des Thorax und Abdomen anwandte, besteht darin, dass ein Quecksilber-

manometer in den vom Troikart zur Aspirationsflasche führenden Gummischlauch eingeschaltet wird. Verf. hält die Bedeutung dieser Messungen im Wesentlichen für theoretisch, doch haben sie auch einigen praktischen Werth. Z. B. geben die am Manometer erkennbaren Respirationsschwankungen Aufschluss darüber, ob der Troikart sich frei in der Pleurahöhle befindet. Alsdann findet bei jeder Inspiration ein Sinken, bei Exspiration ein Steigen des Hg. um 2 bis 5 mm statt. Ist der Troikart in ein Exsudat unterhalb des Zwergfells gedrungen, so ist der Effect der Respirationsphasen ein umgekehrter, ebenso wie bei der Punctio abdom. Ferner, wenn der Troikart in einen Sack unter der Rippenpleura oder in die Lunge selbst eingedrungen ist, fehlen die Schwankungen vollständig.

Verf. giebt eine Uebersicht der Messungsresultate bei 19 Fällen sowohl nach Qualität als Quantität sehr differenter Exsudate. Danach ergiebt sich, dass die Grösse des Anfangsdrucks in sehr weiten Grenzen schwankt; der höchste war + 28 (2 Mal) und + 29 (1 Mal), der niedrigste + 1 und ± 0; negativer Anfangsdruck wurde nur bei tiefen Inspirationen beobachtet. Die Stärke des Druckes steht in keinem constanten Verhältniss zur Grösse des Exsudates. Zwar sind die höchsten Werthe bei den grössten Exsudaten beobachtet, aber nicht alle grossen Exsudate ergaben einen starken Druck. Es kommt dabei namentlich die Schnelligkeit der Exsudation in Betracht.

Der Druck am Ende der Punction war mit einer Ausnahme stets negativ; 1 Mal + 4. Bei starken Exspirationen wurde er öfter positiv. Der Enddruck schwankte zwischen — 4 bis — 28, auf der Höhe der Inspiration erreichte er sogar — 42. Diese Zahlen geben genügende Erklärung für die nach energischen Aspirationen mehrfach beobachtete Dyspnoe und albuminöse Expectoration.

Bei den Punctionen der Bauchhöhle erfolgten die Respirationsschwankungen in umgekehrter Weise und betrugen 4—6 mm. Von den hier gewonnenen Zahlen ist der Anfangsdruck bei einem Ascites in Folge von Lebercirrhose von Interesse, der + 40 betrug. Verf. weist hierbei auf den mächtigen Einfluss hin, den ein solcher Druck auf die Bauchorgane ausüben muss. **Rinne** (Berlin).

---

v. Nussbaum. Sonst und Jetzt. — Einige Bemerkungen zur Ovariotomie. — Nervendehnungen.

München 1878. 23 S.

(Separatabdruck aus den Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München Bd. I.)

I. Sonst und Jetzt. — Auf 9 gespaltenen Seiten werden die Zustände auf der chirurgischen Abtheilung vor und nach Einführung der Lister'schen antiseptischen Methode einander gegenübergestellt. Wenn wir in der Spalte für »Jetzt« erfreulicher Weise lesen: Keine

Pyämie, kein Hospitalbrand, kein Erysipel! oder als Regel Primärheilungen der Amputationswunden in 8—10 Tagen, so ist dagegen das Bild des »Sonst« ein höchst düsteres. Es sind da 66 % Pyämie nach Amputationen, 80 % Hospitalgangrän, die fast durchgängigen Erysipele und Gastricismen, tödtlich verlaufende Panaritien u. s. f. Die Zahl der Todten ist jetzt auf die Hälfte gesunken, die Aufenthaltszeit und der Krankenstand sehr herabgegangen; nur die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist nicht in diesem hohen Grade vermindert worden, weil einzelne conservativ behandelte Verletzungen monatelange Heilungszeiten fordern. Beiläufig ist erwähnt, dass 15 Osteotomien nach Ogston ohne jede Reaction mit bestem Erfolg ausgeführt wurden.

II. Zur Ovariotomie (11 Seiten). — Wir erfahren hier Näheres über die Technik, welche v. Nussbaum jetzt befolgt. Unter den Vorbereitungen betont Verf. die gute Erwärmung der Kranken und verwendet dabei sogar mit heissem Wasser gefüllte, zwischen die Beine gestellte Ballons. Bei mehrfach adhärenten Tumoren empfiehlt es sich zur Feststellung des weiteren Operationsplans, nach gemachtem Bauchschnitt die Hand allseitig um die Geschwulst herumzuführen, zum Zweck der Orientirung. Sämmtliche Cystenräume werden vor der Heraushebung des Tumors in der Seitenlage entleert, die Adhäsionen meist nicht stumpf abgelöst, sondern nach doppelter Ligatur durchschnitten, wenn dabei auch grössere Reste der Cystenwand sitzen bleiben. Die Blutung aus der Bauchschnittwunde wird provisorisch durch hämostatische Pincetten gestillt, später schützt die Naht gegen Nachblutung. Den Stiel unterbindet Verf. neuerdings in einzelnen Portionen mit Catgut, derselbe wird ziemlich entfernt von den Ligaturen abgeschnitten und versenkt. Die Reinigung der Bauchhöhle geschieht im Vertrauen auf den Schutz durch den doppelten Dampfspray rasch und nicht allzu sorgfältig. Drainagen werden nicht mehr eingelegt. Nebenbei ist ein Fall mitgetheilt, in welchem das Mesenterium cystös verändert war und nach Entfernung der Geschwulst ein 40 cm langes Darmstück unangeheftet im Bauch zurückgelassen werden musste, ohne dass dies üble Folgen gehabt hätte. In einem anderen Falle ist eine 7 cm lange verlorene Drainröhre 4 Wochen nach der Entlassung durch die Narbe bei anhaltendem Tanzen wieder herausgekommen.

III. Nervendehnungen (3 Seiten). — v. N. betont die günstige Wirkung der Operation bei centralen Leiden, sowie bei Narbenneuralgien, für beides ein Beispiel mittheilend; er warnt sodann vor dem tiefen Einlegen des Drains an der Dehnungsstelle, wenn grössere Arterien in der Nähe sind, die durch die Reibung usuriren und bluten können. Schliesslich ist noch bemerkt, dass die blossgelegten Nervenstämme oft über Erwarten dick oder dünn angetroffen werden, was für den Grad der Dehnung bestimmend ist.

Mögling (Schwenningen).

Deprès. Procédé pour faciliter l'introduction des instruments de lithotritie.

(Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris Tome III. No. 8. — Séance du 1. Août.)

Um das Einführen der Instrumente zur Lithotripsie zu erleichtern und weniger schmerzhaft zu machen, empfiehlt D., da das vorherige Einölen derselben wenig nütze, weil das Oel schon im Anfangstheil der Urethra wieder abgewischt würde, zuvor eine Injection von Oel in Urethra und Blase zu machen.

Bei einem Knaben injicirte er ungefähr 60 g; als das Oel nicht durch den Blasenhals hindurchdringen wollte, forderte er den Kranken auf, Urin zu lassen, wodurch eine Quantität Oel leicht in die Blase eindrang. Das Instrument, das sofort eingeführt wurde, glitt ausserordentlich leicht und schmerzlos ein, und waren alle Manipulationen mit demselben, da durch Contractionen der Blase immer von Neuem Oel zwischen Instrument und Urethralwandung gepresst und so dasselbe geölt wurde, wesentlich erleichtert. **Boeters** (Berlin).

Verneuil. De la rigidité des adducteurs de la cuisse, affection simulant la coxalgie.

(Bulletin de la Société de Chir. de Paris Tome III. No. 8. Séance du 25. juillet.)

Unter obigem Namen beschreibt V. eine von ihm häufig, namentlich bei Kindern beobachtete Affection, die sich bei der aufrechten Stellung beim Gang und in der horizontalen Rückenlage bemerkbar macht.

Als Beispiel fügt er eine seiner Beobachtungen an:

Kleiner, zarter, blasser Knabe, 3 Jahre alt, trotz seiner schwächlichen Erscheinung sehr lebhaft; niemals krank gewesen, Anfang der fraglichen Krankheit, sowie deren Sitz kann von den Eltern nicht angegeben werden, es heisst, er hinke auf dem linken Bein.

Beim Stehen hat Pat. eine greisenhafte Haltung; untere Extremitäten in allen Gelenken leicht gebeugt. Leib und Gesäss stark vorgewölbt, hochgradige Lordose. Die Knie berühren sich; Fussspitzen gering nach Innen gerichtet. Beim Gehen behalten die Extremitäten die Beugestellung bei; Schritte kurz; dabei schleifen die Knie aneinander; das rechte Bein schreitet weniger aus, als das linke, daher scheinbares Hinken.

In der Rückenlage bleibt eine leichte Lordose bestehen. Hüftgelenke absolut schmerzlos; Flexion in der Hüfte leicht, dagegen Extension nicht bis zur Norm ausführbar, es geht dann stets das Becken mit, so dass immer ein gewisser Grad von Flexion bleibt, der sich nicht ausgleichen lässt. Adduction und Rotation nach Innen

ausgiebig, Adduction und Rotation nach Aussen jedoch lassen sich nur in etwa $^{3}/_{5}$ der bei Kindern gewöhnlichen Ausdehnung ausführen, darüber hinaus geht das Becken mit und bei forcirteren Versuchen verräth das Kind, bei dem sonst alle Bewegungen schmerzlos waren, lebhaften Schmerz. Dabei spannt sich sichtbar und fühlbar an der Innenseite der Schenkel ein fester Strang an, der durch die Adductoren gebildet wird.

Morgens ist die Starre erheblicher, als Abends, wenn Pat. viel gegangen ist.

Mutter ist gesund, Vater leidet viel an Rheumatismus; ein Bruder litt an einer muskulären Sklerose, ein anderer an doppelseitigem Plattfuss.

Einreibungen, Massage, Douchen und kalte Bäder führten nach einigen Monaten zur völligen Heilung.

Alle Kranken zeigten dieselbe Ungeschicklichkeit im Gange, dieselbe schlechte Haltung, dieselbe Flexionsstellung und mangelhafte Abductionsfähigkeit in der Hüfte. Meist war die Affection bilateral, allerdings zuweilen auf einer Seite stärker ausgesprochen, selten unilateral. Sie ist schmerzlos, hindert den Gebrauch des Gliedes nicht, jedoch klagen die Kranken nach grösseren Anstrengungen und länger dauernden Untersuchungen über Mattigkeit und unbehagliches Gefühl in denselben, die nach kurzer Ruhe wieder weichen. Nur einmal hat Verf. Schmerzen nach dem Gehen auftreten sehen, bei einer etwa 30jährigen sehr nervösen Frau, bei der beim Gehen die ganze Oberschenkelmuskulatur, besonders aber die Adductoren von Krämpfen ergriffen wurden.

Bald ist die Affection constant, bald ist sie intermittirend. Alle Erscheinungen lassen sich nach V. auf die mangelhafte Streckfähigkeit der Adductoren zurückführen, sind stärker ausgesprochen, bei erheblicherer Unnachgiebigkeit der Muskulatur, die zuweilen die Schenkel nur zur Hälfte der Norm und noch weniger auseinander zu bringen gestattet. Besonders deutlich tritt die Unnachgiebigkeit auf bei der Thätigkeit der Muskulatur, beim Gehen und Stehen, sowie wenn die in der Hüfte flectirten Extremitäten nach Aussen gerollt werden sollen.

V. hält bei dieser eigenthümlich spastischen Affection hauptsächlich die Adductoren betheiligt, obgleich er die Flexionsstellung dem Ileopsoas zurechnen zu müssen glaubt. Die Ursache der Contractur ist ihm unbekannt, vielleicht liegt sie im Muskel selbst, vielleicht ist sie der Ausdruck einer Spinalirritation.

Mit Ausnahme einer Patientin von 30 Jahren befanden sich alle Kranken im Alter von 3—14 Jahren; Prävaliren eines Geschlechtes ist nicht beobachtet.. Sonstige Krankheiten, Skrophulose etc. liessen sich an den Kranken nicht nachweisen, nur in drei Fällen waren rheumatische Leiden in der Familie, die sich bei einem Pat., einem mageren, blassen, kränklich aussehenden Knaben von 14 Jahren,

gleichfalls bereits einstellten. Derselbe litt neben der Contractur in der Hüfte an einem Ganglion beider Handrücken und leichter Unnachgiebigkeit der Palmaraponeurose beim Strecken der Finger, die sich allmälig innerhalb eines Jahres entwickelt hatte.

Die Diagnose der Affection ist nicht schwer; Verwechselung kann nur mit Coxitis vorkommen, von der sie sich durch meist doppelseitiges Auftreten, durch noch bestehende Functionsfähigkeit der Gelenke, absolute Schmerzlosigkeit, Mangel jeder Verkürzung oder Verlängerung der Extremität und der anderen für Coxitis charakteristischen Symptome unterscheidet.

Die Prognose scheint günstig zu sein; bei drei Kranken, bei denen V. den Verlauf verfolgen konnte, trat Heilung ein, wenn auch erst nach Monaten. Die Behandlung bestand in Einreibungen, Massage, Bädern, passiven und activen Bewegungen mit Vermeidung jeder Ueberanstrengung. Dabei wandte er innerlich gleichzeitig China und Arsen je nach Bedürfniss an. Elektricität schien ihm in zwei Fällen von zweifelhaftem Erfolge zu sein; eine gewaltsame Streckung in der Narkose hat er nicht versucht.

Boeters (Berlin).

H. A. Reeves. On knock-knee and its treatment.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. II. p. 451.)

In vorliegender Vorlesung erörtert Verf. die Ursachen des Genu valgum, die dadurch hervorgerufenen Folgen und endlich die Behandlung des Leidens.

Als bedingende Momente werden angeführt: 1) allgemeine Schwäche und schlaffe Bildung des Muskel- und Bandapparats; 2) locale Schlaffheit des Bandapparats des Knies; 3) Verkürzung des Biceps und des Lig. lat. ext.; 4) Rachitis; 5) schwere Formen des Talipes valgus und Plattfusses; 6) Paralyse. Verf. bespricht dann den bekannten abnormen Gang der Kranken und erwähnt als Folgezustände die Entstehung eines Talipes valgus und einer seitlichen Abbiegung der Wirbelsäule. Die Behandlung hängt von der Ursache und dem Grade des Leidens ab. Bei allgemeiner Körperschwäche können Tonica versucht werden, local tritt Behandlung mittelst Schienen aus verschiedenem Materiale (Holz, Metall, Gips etc.) ein. Bei den leichteren Formen wird eine äussere lange oder am Knie unterbrochene Schiene applicirt und das Knie allmälig durch elastische Binden herangezogen, oder es wird eine lange innere Schiene angelegt. Eine Anzahl Orthopäden verordnen einen eigenen Apparat, bestehend aus einem Beckengurte, von welchem eine äussere Stahlschiene am Beine zur Sohle des entsprechenden Stiefels herabreicht, mit beweglichen Gelenkverbindungen an der Stange, am Hüft-, Knie- und Fussgelenke. Diese genannte Vorrichtung reicht für die leichteren Fälle und die, in denen eine Tenotomie gemacht worden, zur Behandlung aus. Für doppelseitiges X-Bein empfiehlt R. folgenden von ihm mit bestem Nutzen gebrauchten

Schienenverband. In der Rückenlage wird eine gut gepolsterte hölzerne Schiene, die 5″ dick und 7″ hoch ist und an der Berührungsstelle des inneren Condylen eine Aushöhlung besitzt, so zwischen beide Beine gelegt, dass sie oben 3″ vom Damm entfernt bleibt, unten die Fusssohle um 3″ überragt. Zuerst werden die Oberschenkel, dann die Unterschenkel mittelst breiter Gurte oder Binden an diese Schiene befestigt, nachdem besonders Knie- und Knöchelgegend durch Wattepolster gut geschützt sind; über diese vorläufige Befestigung, durch welche die Beine schon mehr gerade gerichtet sind, wird eine feste Einwicklung beider Beine mittelst Rollbinde vorgenommen. Dieser Verband wirkt auf beide Beine gleichzeitig, benutzt die Cond. int. als Stützpunkte, streckt die Lig. lat. ext. und Biceps, verhindert die Kinder zu gehen und kann von den Angehörigen nicht leicht geändert werden. Besteht Talipes valgus, dann kann die Stellung des Fusses mit Hülfe des den Fuss überragenden Schienenstückes durch zweckmässige Bindentouren leicht aufgerichtet werden. Besteht eine primäre Contractur des Biceps und Verkürzung des Lig. lat. ext., so verliere man keine Zeit mit Zuwarten, durchschneide die Bicepssehne, strecke nach 3 Tagen das Bein, und lege nun die Aussenschiene an; einige Orthopäden geben hierfür eigene stellbare Schienen mit Fussbrett an. Bei schwereren Formen muss man die Bicepssehne, das Lig. ileo-tibiale der Fascia lata, selbst das Lig. lat. ext. durchtrennen, und nach geschehener Streckung entsprechende Schiene Jahre lang tragen lassen. Die schwereren Formen des Genu valgum können nur durch Operation beseitigt werden. Zuerst beschreibt R. die von Ogston angegebene Absägung des Condyl. ext., und wenn er sie auch als eine rationelle und wirksame Operation ansehen muss, so will er sie nicht eher als Normal-Operation hingestellt wissen, bis die Erfahrungen über einige Folgezustände (Synovitis, Anchylosis, Vereiterung des Gelenks) gesichert sind. Vorläufig seien Operationen zu üben, die das Kniegelenk intact lassen. Dahin gehöre Mac Ewen's keilförmige Excision hart über dem Cond. int. mittelst Meissels. Da aber sie ebenfalls 2—3 Mal Eiterungen, die sich leicht auf's Kniegelenk erstrecken können, im Gefolge gehabt hat, so empfiehlt er seine subcutane Einmeisselung des Condyl. int.

Zu diesem Zwecke durchtrennt er über dem stärksten Vorsprunge des Cond. int. Haut und Periost, setzt hier den Meissel ein, richtet ihn nach Innen, führt einige Schläge mit dem Hammer aus, zieht den Meissel zurück, giebt einige Schläge auf den nach vorn und dann nach hinten gerichteten Meissel. Sollte der Condylus noch nicht genügend gelockert sein, so pflegen einige hebelnde Bewegungen hierzu auszureichen; dann kann das Bein gestreckt werden; in Carbolöl getauchtes Lint wird auf die kleine Hautwunde gelegt, eine Aussenschiene applicirt; nach 14 Tagen kann ein fester Verband angelegt werden, der bei Kindern 4, bei Erwachsenen 6—8 Wochen liegen bleibt; alsdann wird zu passiven Bewegungen übergegangen. Bei aufmerksamer Ausfühıung kann keine Schädigung

des Epiphysenknorpels, keine Verletzung der Art. poplit., noch des Kniegelenks erfolgen; je mehr Knochensubstanz mit dem Knorpelüberzuge erhalten bleiben kann, desto sicherer erfolgt die Anheilung des gelösten Condylus, desto regelmässiger bleibt die Gelenkfläche. Ueber Schede's keilförmige Ausmeisselung fehlt ihm Erfahrung. Delore's gewaltsame Durchbrechung gelang ihm in 2 Fällen gar nicht, sie erscheint ihm »zu roh und zu wenig chirurgisch«. Schliesslich gedenkt er noch der Tenotomie der Bicepssehne, des Lig. ileo-tibial. und lat. ext. mit sogleich folgender forcirter Streckung, die er mit bestem Resultate durchgeführt, welches Verfahren bisher vielleicht noch nicht angewandt sei.

Pilz (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

G. Gaskoin. Indigenous leprosy.

(Med. times and gaz. 1878. Mai. 4.)

Verf. spricht sich gegen die allgemein verbreitete Ansicht aus, dass die Lepra wirklich in England verschwunden sei; er citirt mehrere in der Literatur vorhandene Fälle, die zwar unter dem Drucke der obigen Meinung nicht für Lepra gehalten worden sind, die aber den Beschreibungen, Zeichnungen und Modellen nach echte Lepra waren. Er steht nicht an, viele Fälle von Ulcus perforans pedis und Spontangangrän, die mit Anästhesie verlaufen, auf Rechnung einer leprösen Diathese zu schieben. Er berichtet über zwei Fälle:

1. 28jährige, beinahe amaurotische Frau, heftige neuralgische Schmerzen im Gesicht. Sie sah aus wie ausgestopft in Folge der bedeutenden Verdickung der Haut und des Unterhautzellgewebes. Gesicht abschreckend hässlich, Nase breit, Lippen stark aufgeworfen, Ohren verdickt und hervorragend. Die Finger glichen einem Bündel von Würsten. Tod 7 Jahre nach dem Beginne des Leidens in einem Zustande von Coma.

2. 13jähriges, sehr dunkelhäutiges Mädchen mit auffallend starker Entwicklung der Oberlippe, aus besserem Stande. Ziemlich breite und gedrängt stehende Flecken am rechten Oberschenkel, echte »vitiligoidea plana«. Anschwellung und Geschwür am rechten Fuss. — Verf. hatte Gelegenheit, zur selben Zeit ganz dieselbe Affection bei einer leprösen Westindierin zu beobachten.

Beide Fälle waren nachweislich nicht im Auslande entstanden.

H. Wildt (Berlin).

Ganiez. Tétanos traumatique à forme subaiguë. — Guérison par le chloral.

(Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris Tome III. No. 8. Séance du 8. août.)

Einer Frau von 53 Jahren war wegen einer malignen Geschwulst die linke Brust sammt einer Partie des Pectoralis major entfernt. Die grosse Wunde war nicht ganz mit Haut zu bedecken. Verlauf bis zum 22. Tage ohne Hinderniss, fieberlos: gute Granulationen der ganzen Wunde; da stellt sich Schlaflosigkeit ein, Unruhe, Schweiss. Am folgenden Tage ausgesprochener Trismus, Steifigkeit der Gesichts-, Nacken- und Brustmuskulatur, schliesslich vollständiger Tetanus. Leichte Berührungen der Wunde rufen tetanische Zuckungen hervor.

Unter fortgesetztem Gebrauch von Chloral — in den ersten 24 Stunden stündlich 1,0 g, dann allmälig weniger — weichen die Erscheinungen, nicht ohne hier und dort einige Male zu recidiviren, innerhalb 6 Wochen.

Im Ganzen wurden 100 g Chloral verbraucht. **Boeters** (Berlin).

Alt. Fall von gespaltenem Gaumen mit acquirirter Taubstummheit. Staphyloraphie. Heilung.

(Archiv für Augen- und Ohrenheilkunde Bd. VII. Abth. 1.)

Pat., der zu Anfang sprechen gelernt hatte, verlor nach Scharlachfieber und »einem Halsleiden« im Alter von $2^1/_2$ Jahren Gehör und Sprache.

Im Alter von 7 Jahren führte A. die Staphyloraphie aus, die bis auf die Uvula per primam gelang. Der Erfolg der Operation war für Wiedererlangung von Sprache und Gehör ein glänzender, der Gaumen wurde gut beweglich, war jedoch durch Narbencontraction etwas verkürzt. **Th. Kölliker** (Halle a/S.).

Pierce. Accumulation of cerumen.

(Med. times and gaz. 1878. März 30.)

Verf. beobachtete folgenden Fall: Ein Chemiker leidet seit 4 Tagen, nach einem kalten Bad, an Schmerzen im Scheitel und in der linken Seite des Gesichts, an Hals und Kinnbacken, Schmerzen beim Essen und Sprechen. Klopfen und Sausen im linken Ohr, Fieber. Die Krankheit war bis dahin für Meningitis gehalten. Die Untersuchung ergab, dass eine Uhr an dem äussern linken Gehörgang nicht gehört wurde, Stimmgabel an den Kopf gehalten, wurde vollständig gehört. Die Wände des Gehörganges geschwollen, stark hyperämisch; in demselben ein mit weisslichen Epithelialschuppen bedeckter Pfropf, der das Trommelfell verdeckte. Entfernung desselben mit einer feinen Zange brachte sofort Erleichterung; ein paar Tage bestand noch starke Entzündung des äusseren Gehörganges und Trommelfells mit eitrigem Ausfluss, der sich bald unter adstringirenden Einspritzungen verlor. Keine Perforation des Trommelfells, Gehör bei der Entlassung normal.

H. Wildt (Berlin).

Teevan. Recurrent stone in the bladder, six years and a half after lithotrity — lithotrity — cure.

(Med. times and gaz. 1878. Mai 18.)

31jähriger, sonst gesunder Bleiarbeiter, dem vor $6^1/_2$ Jahren ein wallnussgrosser Stein durch Lithotripsie entfernt worden war, befand sich wohl bis vor 4 Wochen, wo die alten Symptome wieder auftraten. Die Untersuchung ergab einen Stein von Haselnussgrösse. Zwei Sitzungen im Zwischenraum von fünf Tagen, eine Woche nach der letzten gesund entlassen. Der Stein bestand aus Phosphaten mit einem Kern von oxalsaurem Kalk. T. weist darauf hin, dass es sich hier um eine unzweifelhafte Neubildung eines Steines handele, wie die lange gesunde Zwischenperiode beweise. **H. Wildt** (Berlin).

v. Massari. Zwei nach der Bozmann'schen Methode geheilte Fälle von Blasenscheidenfistel.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 25 und 26.)

Verf., der in seinen Operationscursen neben der Simon'schen Methode die Bozmann'sche an Leichen üben lässt, hat mit grosser Befriedigung zwei Fälle nach der seiner Zeit im Centralblatte für Chirurgie (1876. p. 200) ausführlich referirten Methode erfolgreich behandelt. Die Details sind im Original nachzulesen.

v. Mosengeil (Bonn).

Bryant. Strumous disease of the vas deferens simulating inguinal hernia — iliac abscess — acute caries of spine — pyaemia — death.

(Med. times and gaz. 1878. Juni 29.)

45jähriger, bis dahin gesunder Arbeiter erkrankte vor einer Woche mit dumpfen Schmerzen in der linken Weiche und Anschwellung daselbst, die sich vom äusseren Leistenring bis zur Mitte des Scrotum erstreckte; kein Impuls beim Husten, grosse Druckempfindlichkeit, Stuhl unregelmässig, Schmerzen im Bauch und Rücken. Man hielt die Affection für eine eingeklemmte Netzhernie. Nach 14 Tagen Fluctuation; Incision entleerte Eiter und nekrotisches Gewebe, das für abgestorbenes Netz gehalten wurde. Das Fieber fiel hierauf, die Secretion wurde sehr profus, bald jauchig; Fieber trat wieder ein und Pat. starb 14 Tage später unter den Erscheinungen der allgemeinen Sepsis.

Die Section ergab zum Theil exulcerirte Käseherde in der linken Niere, Verdickung des linken Ureter, ein tuberkulöses Geschwür an der linken Seite des Blasengrundes, Tuberkulose des linken Hoden. Der Abscess in der linken Weiche ging aus von einer Eiterung im linken Samenstrang, dessen nekrotisches Gewebe für Netz gehalten worden war, und communicirte nach oben mit einem grossen Abscess in der Fossa iliaca, der seinerseits von einer frischen eiterigen Ostitis des 11. und 12. Brustwirbels ausging (2 kleine nekrotische Knochenstücke), aber nicht mit der Tuberkulose der Nieren in Zusammenhang stand. Keine Hernie, keine Peritonitis, aber metastatische Abscesse in der Leber.

H. Wildt (Berlin).

Surmay. Tumeur congénitale de la region ano-coccygienne.

(Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris Tome III. No. 8. Séance du 25. juillet.)

Bei einem 1 Tag alten Neugeborenen weiblichen Geschlechts fand sich zwischen den Schenkeln eine Geschwulst, grösser als der Kopf des Kindes. Die Geschlechtstheile völlig ausgebildet, an normaler Stelle; dicht dahinter an der Basis der Geschwulst und von derselben nach vorn dislocirt der After. Ein in den Mastdarm eingeführter Finger erweist das Steissbein an richtiger Stelle, der Tumor liegt unterhalb der Sitzbeine zwischen Rectalschleimhaut und äusserer Haut eingeschlossen. Die über der Geschwulst stark ausgedehnte Haut führt ein reiches Venennetz, ist an der tiefsten Stelle schwärzlich verfärbt, theilweise gangränös. Die Consistenz der Geschwulst ist weich, schwammig, wie ein Lipom oder weiches Sarkom, mit einzelnen härteren Knoten und anderen wieder weicheren Stellen. Durch einen an der Vorderseite eingestossenen Probetroikart wird anfangs dunkles Blut, dann röthliches Serum entleert; an mehreren anderen Stellen kommt nur Blut zum Vorschein.

Die Haut ist nirgends am Tumor adhärent.

Der Tod erfolgte nach einigen Tagen. Auf dem Durchschnitte schien die Geschwulst aus sehr gefässreichen, hypertrophirten Drüsen zusammengesetzt zu sein, dazwischen zeigte sich an einer Stelle scheinbar tuberkulöse (käsige) Masse, an einer anderen eine kleine Knochenlamelle. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen lymphdrüsenartigen Bau und daneben in fettigem Zerfall begriffenes Granulationsgewebe, das stellenweis stark blutig imbibirt war; starke, blutleere venöse Gefässe durchzogen die Geschwulst.

S. bringt die Geschwulst mit der Luschka'schen Steissdrüse in Verbindung.

Boeters (Berlin).

Tillaux. Corps étranger du rectum. — Extraction. — Mort.

(Bull. de la Société de Chirurgie de Paris Tome III. No. 8. Séance du 25. juillet.)

Ein 35 Jahr alter Mann hatte sich vor 3 Tagen eine Kerze ganz in den Mastdarm eingeschoben. Dieselbe war mit dem in den Mastdarm eingeführten Finger am unteren Ende zu erreichen, und auch bimanuell war das spitze Ende in der linken Fossa iliaca zu fühlen. Letztere war leicht empfindlich. Ein Eingehen mit der ganzen Hand in den Mastdarm war durch narbige Verengerung in Folge pararectaler Abscesse unmöglich gemacht; es gelang jedoch nach einer Eingiessung von Wasser und Glycerin in den Mastdarm mit einer Steinzange leicht die Kerze zu extrahiren. Obgleich keine Blutung eintrat und Pat. sich sofort erleichtert fühlte, erfolgte der Tod doch nach zwei Tagen.

Die Section ergab beginnende Peritonitis in der Umgebung des S. romanum; Mastdarm bis auf eine fibröse Verdickung der Wand gesund, aber 30 cm oberhalb des Afters im S. romanum fand sich eine Ulceration von der Grösse eines 50 Centimes-Stückes, verschlossen durch einen weichen Brandschorf, der die ganze Dicke der Wandung ergriffen hatte. Diese Gangrän entsprach ihrem Sitze nach der vorderen Spitze der Kerze. **Boeters** (Berlin).

H. W. Page. Strangulated inguinal hernia — violent taxis — gangrene of intestine.

(Med. times and gaz. 1878. Juli 13.)

Verf. theilt die Geschichte eines 56jährigen, seit 15 Jahren mit doppelseitiger Leistenhernie behafteten Schneiders mit. Bei Gelegenheit einer Bronchitis Ein-

klemmung der rechten Hernie in Folge eines heftigen Hustenstosses; sehr gewaltsame, lange fortgesetzte, schmerzhafte Taxisversuche ohne Narkose erfolglos. Erbrechen, Collaps. Sehr leichte Reduction am folgenden Tage in der Narkose in St. Mary's Hospital. Hierauf erfolgte Stuhl, doch blieben Schmerzen im Abdomen, grosse Ruhelosigkeit, Erbrechen bestehen und Pat. starb acht Tage später. — Die Section ergab eine colossale Quetschung der in dem Bruch gewesenen Darmschlingen mitsammt dem Mesenterium; ein etwa 9 Zoll langes Stück war gangränös, keine Perforation. Peritonitis. **H. Wildt** (Berlin).

Waxham. Aneurism of the femoral artery cured by compression.

(The Chicag. med. Journ. and Examin. 1878. Juli.)

Ein 61jähriger Italiener kommt mit einem gänseeigrossen Aneurysma im unteren Drittel der Femoralis, welches sich im Laufe weniger Tage nach einem harten Arbeitstage gebildet hatte und ihn nunmehr vollends arbeitsunfähig machte, ins Hospital. Das anfangs oberhalb der Geschwulst applicirte Arteriencompressorium wird nicht ertragen und statt dessen durch 2 — eins unterhalb und eins oberhalb des Sacks — quer über die Schenkelarterie gelegte und mit ihren Enden um die Hinterseite des Beines an Schienen befestigte Holzstäbe von Zeit zu Zeit eine Compression ausgeübt. Heilung in 40 Tagen. **Langenbuch** (Berlin).

Carrié. Fracture du tibia. Absence de consolidation. Injections de teinture d'Jode dans le foyer de la fracture. Consolidation rapide.

(France méd. 1878. No. 58.)

Fractur der Tibia an der Grenze zwischen mittlerem und oberem Drittel bei einem 23jährigen gesunden Manne. Da trotz wiederholter immobilisirender Verbände binnen 5 Monaten keine Consolidirung erfolgt, wird eine halbe Pravaz-sche Spritze Jodtinctur in die Pseudarthrose injicirt. Fünf Tage später Injection einer gleichen Menge. Nach reichlich fünf Wochen war die Fractur vollkommen und ausgiebig consolidirt. **Viertel** (Breslau).

Faraboeuf. Observation de luxation sous-glénoidienne de l'humérus suivie de reflexions brèves sur la réduction des luxations de l'époule en général.

(Bull. de la Soc. de Chir. de Paris Tome III. No. 8. Séance du 8. août.)

Ein 60jähriger Mann war mit dem linken Arme zwischen die Speichen eines Rades gerathen; der Arm war in Folge davon in rechtwinklige Stellung zum Körper fixirt: konnte nicht aus dieser Stellung gebracht werden. 25 Tage lang sass Pat., da ihn die Stellung des Armes am Liegen hinderte, aufrecht an einem Tische, auf den er den Arm lagerte; beim Gehen unterstützte er den Arm mit einem gabelförmigen Stück Holz. Die Untersuchung am 73. Tage nach der Verletzung ergab eine Luxation unter die Fossa glenoidalis; der Humeruskopf stand in der Höhe des 3. Rippenraums; $2^1/_2$ cm Verkürzung; leichte Bewegungen nach vorn, hinten und sehr gering auch nach oben liessen sich ausführen. Reposition am 73. Tage nach der Verletzung in der Narkose; unter Anwendung von 60 kg Extension und unter leichten Drehbewegungen gelang dieselbe leicht.

Auffallend bei der Luxation ist die Verkürzung von $2^1/_2$ cm, da bei Luxationen dieser Art eine Verlängerung stattzuhaben pflegt. F. glaubt es seiner Methode der Reduction zu verdanken, dass dieselbe gelang, und er nicht aus der Luxatio glenoid. eine Subcoracoidea gemacht hat. **Boeters** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 48. Sonnabend, den 30. November. **1878.**

Ueber Excision der syphilitischen Initialsklerose[1].

Von

Dr. **Th. Kölliker,**

Assistenzarzt der chirurgischen Klinik zu Halle a/S.

Bei der jetzt herrschenden dualistischen Betrachtungsweise, welche den syphilitischen Primäreffect, — die sogenannte Initialsklerose —, nicht als örtliche Erkrankung, sondern schon als Manifestation der allgemeinen Infection auffasst, muss die Ausrottung dieses ersten Krankheitsgebildes als Abortivbehandlung der Syphilis von vornherein als fruchtlos erscheinen. Zudem sind auch die im Laufe der letzten zehn Jahre vorgenommenen Exstirpationen (Hüter, P. Vogt, Coulson, Thiry u. A.) von fast durchgängig ungünstigen Erfolgen be-

[1]) Vortrag, gehalten in der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg, am 6. Juli 1878.

gleitet gewesen. Die Narbe oder schon die Wundfläche indurirte, und die constitutionelle Syphilis folgte in der gewöhnlichen Weise nach. Von verschiedenen Autoritäten (Sigmund, Lewin, Zeissl) wurde hierauf die ganze Methode als vollkommen nutzlos verworfen.

Auspitz[1]), ohnehin kein Anhänger der Dualitätslehre, hat das Verdienst, unbeirrt durch die erwähnten gewichtigen Bedenken, eine ganze Reihenfolge solcher Exstirpationen von Schankersklerosen vorgenommen zu haben, die sowohl, was ihren curativen Erfolg, als das daran sich knüpfende wissenschaftliche Interesse betrifft, die Aufmerksamkeit auf sich ziehen mussten. Unter den 33 von ihm operirten Fällen, wobei in der grossen Mehrzahl schon Schwellung der Inguinaldrüsen vorhanden war, blieben, nach Abzug von 10 nicht hinreichend lange beobachteten Fällen, 14 von Syphilis überhaupt frei, während bei 6 weiteren die Symptome der Syphilis abgeschwächt wurden. Also von 23 — 14 ganz frei.

Diese Erfolge waren aufmunternd genug, solche Versuche zu wiederholen, und wird im Folgenden über die seither in Würzburg vorgenommenen Excisionen berichtet. Es sind im Ganzen 8 Fälle, die theils der chirurgischen und syphilitischen Station des Juliusspitales, theils der Praxis der Herren Dr. Riedinger, Angerer und des Verf. entnommen sind, und auf Anregung des Herrn Hofraths von Rinecker zusammengestellt wurden.

Zunächst wollen wir die wichtigsten Daten der Krankengeschichten folgen lassen.

I. Marie B., 17 Jahre alt. Zeit der Infection und des Auftretens des indurirten Geschwüres nicht zu eruiren. Bohnengrosse Sklerose am Rande der linken grossen Schamlippe. Keine Drüsenschwellung. Excision am 15. März 1878. Heilung durch Eiterung. Nachträglich keine Induration. Bis jetzt keine Symptome constitutioneller Syphilis.

II. B., 30 Jahre alt. Infection am 1. Jan. 1878. Ende Jan. 1878 indurirter Schanker am Präputium. Keine Drüsenschwellung. Excision am 11. Febr. 1878, am 14. Tage nach Auftreten des Geschwüres.

Heilung per primam. Eine zurückgebliebene Induration verschwand nach und nach. Bis jetzt frei von Syphilis.

III. D., 27 Jahre alt. Infection am 10. März 1878. Einige Tage später indurirter Schanker am Präputium. Beginnende Skleradenitis.

Excision am 7. April 1878, Alter des Schankers ca. 3 Wochen. Heilung per primam.

14. April, Narbe verhärtet sich, indolente Drüsenschwellung.

25. Mai, Angina syphilitica. Papulae humidae tonsillarum.

IV. Sch., 22 Jahre alt. Infection 1. November 1877. Indurirtes Geschwür am Präputium am 25. November. Keine Drüsenschwellung. Excision am 9. Dec. Alter des Geschwürs 14 Tage.

Heilung durch Eiterung erst am 4. Januar 1878 unter Zurücklassung einer Härte.

18. Februar Roseola syphilitica.

---

[1]) Ueber die Excision der syphilitischen Initialsklerose. Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis. IV. 1877, p. 107.

V. S., 22 Jahre alt. Infection 15. December 1877. Indurirter Schanker am Präputium am 9. Januar 1878. Keine Drüsenschwellung. Excision am 16. Januar 1878. Schanker 7 Tage alt. Heilung per primam.

22. Januar. Die bisher weiche Narbe wird hart und blutet. Leistendrüsenschwellung.

15. Februar. Roseola. Erythema papulosum.

10. März Schleimhautpapeln der Zunge.

1. Juni Condylomata lata.

VI. Sch. Infection Mitte December 1877. Indurirtes Geschwür am 20. Februar 1878. Drüsenschwellung. Excision 1. März 1878, 9 Tage nach Auftreten des Schankers. Heilung per primam.

20. April Angina specifica. Roseola.

VII. B., 22 Jahre alt. Infection Ende Februar 1878. Indurirter Schanker im Sulcus retroglandularis Mitte März 1878. Inguinaldrüsen geschwellt. Excision erst am 9. Mai, Alter des Geschwüres ca. 7 Wochen. Heilung per primam mit zurückbleibender Induration. Wenige Tage nach der Excision — Roseola, Schleimhautpapeln der Tonsillen

VIII. B., 22 Jahre alt. Infection am 5. Mai 1878.. Indurirter Schanker im Sulcus retroglandularis am 3. Juni 1878. Schwellung der rechtsseitigen Inguinaldrüsen. Excision am 13. Juni 1878, am 10. Tage nach Auftreten des Geschwürs. Heilung per primam ohne zurückbleibende Induration. Bis jetzt (October 1878) frei.

Fassen wir nun das Resultat zusammen, so finden wir, dass die Excisionen ausgeführt wurden am siebenten, neunten, zehnten, zweimal am vierzehnten Tage, dann je ein Mal nach drei und sieben Wochen seit Auftreten des Geschwürs[1]. Zur Zeit der Excision war mehr oder minder starke Drüsenschwellung in vier Fällen schon vorhanden, von diesen blieb trotzdem einer von Allgemeininfection frei.

Was die Heilung der Wunden anlangt, so erfolgte sie in 6 Fällen per primam, in 2 durch Eiterung. Eine Induration blieb in 3 Fällen zurück, der zwei Mal die constitutionelle Syphilis folgte. In zwei weiteren Fällen stellte sich nachträglich eine Induration wieder her mit nachfolgender Allgemeinerkrankung. Von den 8 Patienten blieben demnach nur 3 von Syphilis verschont.

Bei den 5 Fällen von Misserfolg wurde am 7., 9., 14. Tage, in der dritten und siebenten Woche operirt, und bei drei derselben war schon Drüsenschwellung vorhanden.

Werfen wir noch einen Blick auf den weiteren Verlauf dieser letzteren 5 Fälle, so lässt sich bestimmt sagen, dass in 4 derselben die Syphilis relativ leicht verlief, indem wir nur Roseola, Schleimhautpapeln der Mundhöhle und Angina als Symptome verzeichnet finden.

Wenn es gestattet ist, trotz der geringen Anzahl der Fälle Schlussfolgerungen zu ziehen, so würden wir folgende Sätze aufstellen:

1. In gewissen noch nicht näher zu präcisirenden Fällen reicht die Exstirpation des syphilitischen Primäreffectes hin, um die Entstehung der allgemeinen Infection zu verhindern.

[1] In Fall I fehlen die Zeitangaben.

2. Bereits in Entwicklung begriffene Scleradenitis schliesst den Erfolg der Excision nicht von vornherein aus.

3. Andrerseits zeigt sich letztere öfters fruchtlos trotz der Frühzeitigkeit ihrer Vornahme.

4. Auch bei Erfolglosigkeit scheint die Excision eine Wirkung auf den milderen Verlauf der nachfolgenden Syphilis auszuüben.

Endlich dienen die von mir beschriebenen Fälle mit günstigem Ausgang zur weiteren Stütze der schon von Auspitz als besonders bedeutsam hervorgehobenen Thatsache, dass die Initialsklerose nicht als ein Erzeugniss der bereits vorhandenen Gesammtinfection anzusehen ist. —

A. Weichselbaum. Die feineren Veränderungen des Gelenkknorpels bei fungöser Synovitis und Caries der Gelenkenden.

(Virch. Arch. Bd. LXXIII. p. 462—474.)

Im Verlauf der fungösen Gelenkentzündung entstehen die ersten namhafteren Veränderungen immer an den Knorpelrändern, indem hier durch das Auftreten sehr kleiner Grübchen die Oberfläche uneben wird, welche von einem weichen mit der Synovialis zusammenhängenden Gewebe ausgekleidet werden. Lückenbildung schreitet nach dem Centrum der Gelenkfläche und nach der Tiefe gegen den Knochen hin fort, während sich die fungöse Synovialis herüberschiebt und der Knorpel allmälig durch ein schwammiges Granulationsgewebe ersetzt wird. Die grossen, zelligen, vom Verf. als Proliferationszellen bezeichneten und als Bildungselemente aufgefassten Gebilde, welche sich im Grenzgebiet von Knorpel und Synovialis finden, beginnen zu wuchern und sich zu einer continuirlichen, die Oberfläche überziehenden Zellenmasse zu vermehren. Die eigentlichen Knorpelzellen dagegen werden auf verschiedenartige Weise in Mitleidenschaft gezogen. Ein Theil fällt der regressiven Metamorphose anheim, der Schrumpfung, der Quellung, der fettigen Degeneration. Ein Theil aber kehrt zum Jugendzustand zurück, die Zellen wachsen unter Vergrösserung ihres Zellleibes zu zahlreichen Fortsätzen aus, vermehren sich, weiten die Kapselhöhle aus, bringen die Kapsel zum Schwund und bewirken auf diese Weise die Herstellung von Hohlräumen. Diese Hohlräume entstehen vorzugsweise in den oberflächlichsten Schichten (mehr dem Knochen zu nehmen sie an Grösse und Zahl ab), weisen die verschiedensten Form- und Grössenverhältnisse auf und öffnen sich, wo sie gegen die freie Fläche des Knorpels stossen, so dass sie als Einbuchtungen derselben erscheinen. Ihren Inhalt machen aus die proliferirten Knorpelzellen mit bläschenförmigem Kern und langen Fortsätzen, deren Interzellularsubstanz in den kleineren und jüngeren Hohlräumen gewöhnlich homogen, in den grösseren, älteren streifig oder deutlich fibrillär ist. Das weitere Schicksal dieser zur Wucherung und Neubildung gelangten Zellen hängt von dem Charakter des

Krankheitsprocesses ab; verläuft dieser acut und mit Eiterbildung, so gehen sie rasch wieder zu Grunde und der metamorphosirte Knorpel wird zerstört; geht derselbe dagegen langsam von statten, so rücken die Zellen mehr auseinander, die Fortsätze entwickeln sich besser und es entsteht eine faserige Grundsubstanz, ein junges Bindegewebe mit stern- oder spindelförmigen Zellen, welches mit der Synovialis verschmilzt und von ihr aus vascularisirt werden kann. Beim Stillstande des ganzen Processes verwandelt sich dieses neue Gewebe in gewöhnliches Narbengewebe, auch kann eine Zurückbildung vor sich gehen, sonst aber wird allmälig der ganze Knorpel metamorphosirt. Dabei kann die Grundsubstanz vielfach zerklüftet werden und faserig zerfallen, die Hohlraumbildung schreitet aber nur da fort, wo diese Zerfaserung nicht zur Entwicklung gekommen ist.

In den an den Knochen angrenzenden Partien sind die Veränderungen im Wesentlichen ähnlicher Natur, nur dass hier zum Anfang das Markgewebe des Knochens activ in den Vordergrund tritt. Die Zellen desselben wuchern direct in den Knorpel hinein, dann erst verfallen auch die Knorpelzellen dem Umwandlungs- und Vermehrungsprocess und vereinigen sich mit den jungen Knochenmarkzellen zu einem neuen Gewebe auf dieselbe Art, wie auf der Gelenkfläche mit den Zellen der Synovialis.

Lassar (Berlin).

L. Perl. Ueber die Resorption der Kalksalze. Aus dem chemischen Laboratorium des pathologischen Instituts zu Berlin.

(Virch. Arch. Bd. LXXIV. p. 54—66.)

Die vorliegenden Experimente beantworten die mehrfach in verschiedenem Sinne besprochene Frage, ob die mit der Nahrung eingeführten Kalksalze der Resorption unterliegen, in bejahender Weise und sprechen dafür, dass von der Darreichung löslicher Kalkverbindungen die Ausgleichung eines im Organismus vorhandenen Kalkdeficits zu erhoffen sei. Eine auf gleichmässige Diät gesetzte Hündin entleerte im Urin an denjenigen Tagen, wo sie verdünnte Chlorcalciumlösung im Futter erhielt, mehr Kalk als sonst, wenngleich nur einen Bruchtheil (im Ganzen ca. 5,2 %) des im Chlorcalcium enthaltenen. Der Rest des Kalkes wurde mit den Fäces ausgeschieden. Dagegen fand sich alles Chlor des eingeführten Chlorcalcium im Harn wieder und noch ein geringes Plus im Vergleich zu den Normaltagen (bei Stickstoffgleichgewicht), während die Chlorausscheidung durch die Fäces nur eine minimale Steigerung erfuhr.

Lassar (Berlin).

R. Pfitzer. Ueber den Vernarbungsvorgang an durch Schnitt verletzten Blutgefässen.

(Centralbl. für die med. Wissensch. 1878. No. 15.)

Untersuchungen im pathologisch-anatomischen Institut zu Königsberg haben Verf. ergeben, dass die Wundspalten von Blutgefässen

zunächst durch einen weissen, zellenreichen Thrombus geschlossen werden. Dieser wird am folgenden Tage durch eine structurlose Fibrinmasse ersetzt, während gleichzeitig das umgebende Gefässendothel schwillt. In den nächsten Tagen überwuchert das letztere das Fibrin und schliesst dasselbe gegen das Gefässlumen ab. In der Media und Adventitia treten entzündliche Gewebswucherungen (ob von präexistirenden Bindegewebskörperchen oder weissen Blutkörperchen ausgehend — ist noch unentschieden) auf, welche schliesslich zur Narbenbildung führen. »Die Betheiligung der weissen Blutkörperchen des grossen Blutstromes (N. Schulz) an dem Verschliessungsprocess hört mit der Bildung der provisorischen Verschlussmasse auf«.

Genauere Mittheilungen wird des Verf.'s Doctordissertation enthalten. **A. Bidder** (Mannheim).

P. Baumgarten. Zur Tuberkulosenfrage.

(Centralbl. für die med. Wissensch. 1878. No. 13.)

Durch Verpflanzung von Fremdkörpern »von mehr mikroskopischen Dimensionen« in das Unterhautbindegewebe ist es Verf. gelungen, echte sogenannte Tuberkelriesenzellen zu erzeugen, welche in kleinen Knötchen liegen, die mit den Miliartuberkeln vollständig übereinstimmen. Nur dadurch unterscheiden sie sich von den bei Tuberkulose gefundenen Riesenzellentuberkeln, dass sie weder verkäsen, noch Neigung zur Dissemination zeigen.

A. Bidder (Mannheim).

Poehl. Neue Bereitungsmethode eines antiseptischen Thymolverbands.

(St. Petersb. med. Wochenschrift 1878. No. 37. p. 305.)

Die Bereitung der Thymolgaze ähnlich der von Carbolgaze mit oder ohne Zusatz von Wachs hat nach P. mehrfache Nachtheile: die Gewebslücken werden zum Theil verklebt, der Verband wird steif, das Harz irritirt, und die Wirkung des antiseptischen Mittels wird durch die gewöhnlichen Zusätze verringert. Ahmt man dagegen die von Bruns jun. jüngst empfohlene Darstellung nach, so findet beim Vertrocknen eine ungleiche Vertheilung des Mittels statt. Beim Phenol kann man nun dadurch helfen, dass die Gaze einfach mit Phenoldämpfen imprägnirt wird; für das Thymol dagegen liegt dessen Siedepunkt zu hoch (230° C.). Daher schlägt Verf. folgendes Verfahren vor: 5 □Arschin (ca. 3 □Meter ?) gut entfetteter Gaze werden mittelst eines grossen Zerstäubers (cfr. Centralblatt f. Chir. 1877 p. 737) mit einer Lösung von 0,5 Thymol in 7,0 Aether und 21,0 Spiritus (90 %) eingestäubt, was eine sehr gleichmässige Vertheilung des Thymols herbeiführen soll, ohne dass der Verbandstoff seine elastischen und hygroskopischen Eigenschaften einbüsst. **Mögling** (Schwenningen).

Weiss. Ein Beitrag zur acuten Intoxication mit Carbolsäure bei chirurgischer Anwendung derselben.

(Prager med. Wochenschrift 1878. No. 37 u. 38.)

Nach einer erschöpfenden Betrachtung über die bis jetzt bekannten Fälle von Carbolintoxication, circa 50, sowie der einschlägigen Experimente berichtet W. von einem selbst beobachteten Falle. Bei einem 10tägigen jüdischen Kinde wurde die rituelle Beschneidung vorgenommen und die Wunde vom 2. Tage an mit Charpie bedeckt, die mit einer schwachen Carbollösung (2 Tropfen auf 20 g) befeuchtet war. Nach 24 Stunden bot das Kind die Erscheinungen einer acuten, hochgradigen Carbolintoxication, Erbrechen, Trismus, Icterus auf der Conjunctiva, Carbolharn etc.; die Wunde behielt ein schönes Aussehen mit guten Granulationen. Nach Gabe fortgesetzter Clysmata von 0,2 Chloralhydrat, sowie von schwefelsaurem Natron innerlich, liessen die Erscheinungen langsam nach, so dass das Kind nach 5 Tagen wieder hergestellt war. **Urlichs** (Würzburg).

W. v. Guérard. Studie über die Zahnpflanzung.

Berlin, Denicke's Verlag, 1878. 61 Seiten.

Diese Abhandlung ist eine durch Krankengeschichten aus der eigenen Praxis vermehrte Uebersetzung der Arbeit des Dr. Th. David, étude sur la greffe dentaire, Paris 1877, deren Inhalt der Verf. selbst mit folgenden Worten angiebt:

»Im ersten Capitel werden wir eine Erklärung und eine geschichtliche Uebersicht der thierischen Pflanzung im Allgemeinen und der Pflanzung der Zähne im Besonderen geben. Sodann werden wir die Ausführbarkeit derselben constatiren, indem wir einige verschiedenen Autoren entlehnte Beispiele anführen und von den hierbei erzielten Erfolgen Kenntniss nehmen. Im zweiten Capitel beabsichtigen wir, die pathologische Anatomie und Physiologie der Pflanzung, oder mit anderen Worten die organischen Erscheinungen, von denen das Gelingen bedingt ist, auseinander zu setzen. Das dritte Capitel sei dem Studium der verschiedenen Arten der Zahnpflanzung, hauptsächlich vom Gesichtspunkt ihrer Anwendung betrachtet, gewidmet.«

Wir erhalten jedoch in dem überaus wichtigen zweiten Capitel, welches die Vorgänge bei der Extraction, Wiedereinsetzung und Consolidation der Zähne bespricht, nicht die gewünschte Auskunft, sofern der Verf. über die Fragen, wie sich das Periost bei der Extraction verhält, welches die günstigsten Bedingungen für Aufbewahrung isolirter Zähne sind, wie lange deren Vitalität anhält, und besonders, welches die Vorgänge bei der organischen Wiedervereinigung sind, nur Wahrscheinichkeitsurtheile abgiebt, da die Experimente und Untersuchungen nicht ausreichen zu apodiktischen Aussagen über diese Punkte.

In dem chirurgisch interessantesten dritten Capitel giebt Verf. als Indicationen zur Pflanzung durch Wiedereinsetzung die Luxation, die Caries und die Periostitis an, mit den entsprechenden Con-

traindicationen in jedem der drei Fälle. Da aber für die Luxation und die Caries keine Meinungsverschiedenheit unter den Technikern besteht, so wird nur die strittige Behandlung bei der Entzündung des Kiefer-Zahnperiosts einer näheren Besprechung unterzogen. Verf. verfügt dabei über 36 in Gemeinschaft mit Magitot operirte Fälle mit 33 günstigen Resultaten, welchen der Uebersetzer 4 Fälle aus seiner Praxis hinzufügt. Im Allgemeinen ergiebt sich, dass wenn nur ein hinlänglicher Theil des Periosts erhalten wird, Zähne nach partieller Abtragung der Wurzeln wieder einheilen. Das Nähere über Operationsverfahren, Behandlung etwaiger Complicationen etc. mag im Text nachgesehen werden.

Schliesslich findet die Ueberpflanzung eines gesunden Zahns von einem Menschen auf einen anderen noch eine kurze Besprechung mit dem Bemerken, dass man etwas kleinere Zähne und solche von jüngeren Individuen, eventuell Zähne von frischen Leichen auswählen müsse. **Mögling** (Schwenningen).

Mosetig-Moorhof. Künstliche Bildung einer Gaumenfistel.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 10.)

Verf. hat bei einem jungen Burschen die Operation ausgeführt, nachdem durch Lues eine derartige Zerstörung und bei Heilung eine solche Narbenbildung erfolgt war, dass völliger Abschluss zwischen Mund- und Nasenhöhle bestand. In der Nase waren alle knorpeligen Stützen, selbst die der Flügel verschwunden, ebenso die Muscheln. Die Nasenspitze lag eingesunken auf dem unteren Rande der Apertura pyriformis. Der harte Gaumen ist normal, der weiche zerstört, und eine feste Narbenmasse an seiner Stelle schliesst die Höhle des Mundes hermetisch von derjenigen der Nase ab. Pat. klagt über Schwerhörigkeit, constantes Ohrensausen (Knochenleitung gut und Trommelfell intact), ferner darüber, dass er nur unterbrochen schlafen könne, da bei dem Athmen mit offenem Munde dieser und der Rachen schnell austrockneten und er Athembeschwerden bekomme; er könne nur langsam und absatzweise trinken, seine Lippen seien tief von schmerzenden Rhagaden durchsetzt und geschwollen, Geruch und Gehör beeinträchtigt. Verf. legte nun, und zwar, um die Phonation nicht zu sehr zu beeinträchtigen, ziemlich vorn im harten Gaumen eine Fistel an, deren Spontanverschluss durch eine Canule à demeure verhindert wurde. Die Durchbohrung des Knochens wurde mit einem Verneuil'schen Meissel vorgenommen, doch giebt Verf. an, bei einer Wiederholung der Operation den Perforativtrepan anwenden zu wollen. Der Erfolg der Operation war in jeder Hinsicht zufriedenstellend. Schon die erste Nacht schlief Pat. gut, die Rhagaden der Lippen schwanden, ebenso das Gehörleiden, der Geruch besserte sich, und die Sprache hatte gar nicht gelitten. Das Lumen der Fistel war nur $1/3$ cm. **v. Mosengeil** (Bonn).

Flesch. Zur Kenntniss der sogenannten Dehiscenz des Tegmen tympani.

(Arch. für Ohrenheilkunde Bd. XIV. Hft. 1.)

Da die Ergebnisse der Arbeiten von Bürkner (vgl. Centralblatt f. Chirurgie 1878. No. 35, p. 591) und Jänicke über die sogenannte Dehiscenz des Tegmen tympani verschieden sind, indem ersterer für die überwiegende Mehrzahl der Fälle sie vom Druck des Gehirns ableitet, während letzterer sie meistens für angeboren hält, ferner dieselbe auch auf Altersatrophie beruhen lässt, hat F. die Frage von Neuem aufgenommen und ist zu folgenden Resultaten gelangt.

»1. Die als Dehiscenz des Tegmen tympani bezeichnete Bildung ist Folge von auf diese Knochenstelle wirkenden Resorptionsvorgängen; jedenfalls nur in Ausnahmefällen angeboren.

2. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle giebt die Steigerung des Druckes in der Schädelhöhle den Anlass zu den sich gleichzeitig auch an anderen Stellen, namentlich da, wo compensirende Apposition nicht stattfinden kann, äussernden Resorptionsvorgängen.

3. Ausgedehnte Entwicklung der paracentrischen Höhle, beziehungsweise Erweiterung der Trommelhöhle und der Cellulae mastoideae, begünstigen durch Verdünnung der Knochenrinde das Zustandekommen der Perforation.« — **Th. Kölliker** (Halle a/S.).

C. Hennig. Ueber Laparotomie behufs Ausrottung von Uterusgeschwülsten.

(Sammlung klin. Vorträge No. 146.)

Nach kurzen geschichtlichen Vorbemerkungen werden die besonderen Gefahren und Schwierigkeiten der Laparohysterotomie im Anschluss an die Darlegung von Hegar und Kaltenbach eingehender besprochen. Während die Entfernung der Uterusfibroide von der Scheide aus in 60 Fällen 41 Mal mit Glück ausgeführt wurde (C. Braun), verliefen von 142 Laparohysterotomien 82 letal. Unter diesen 82 ungünstigen Fällen war 9 Mal die Blutung alleinige Todesursache, 5 Mal Collaps, 4 Mal Peritonitis.

Angezeigt ist die Laparotomie nach H. 1) wenn die von der Fasergeschwulst bedingten Gebärmutterblutungen auf andere Weise sich nicht stillen lassen und wiederholt das Leben bedrohen, die Geschwulst aber bereits so umfangreich geworden ist, dass nach dem blossen Hegar'schen anticipirten Klimax noch erhebliche Beschwerden zurückbleiben würden; 2) wenn die Geschwulst noch im Wachsen begriffen, dermassen auf den Dickdarm oder die Harnleiter drückt, dass wiederum das Leben auf dem Spiel steht, das Myom aber nicht als ein cystisches sich durch eine Punction vorläufig verkleinern lässt; 3) wenn die Geschwulst eine gefährliche Axendrehung vollführt hat, so dass Entzündung, Brand etc. bevorsteht; 4) bei anhaltenden heftigen Schmerzen; 5) wenn die Kranke, noch kräftig und nicht

zu alt, die Befreiung von Geschwülsten verlangt, welche sie an Ausübung des sie ernährenden Berufes hindern.

Diagnostische Irrthümer finden am häufigsten statt zwischen Uterusfibroiden und Ovarialtumoren. Bei jeder Oophorotomie soll man sich daher instrumentell auch auf Uterusgeschwülste vorbereiten.

Die antiseptischen Vorbereitungen entsprechen den allgemein anerkannten Grundsätzen. Die Schwämme sollen nach mehrfacher Auskochung bereits 2 Wochen lang in Carbolsäure gelegen haben, kurz vor der Operation nochmals kalt ausgewaschen und in Chlorwasser gelegt werden. Für schwächliche Kranke empfiehlt sich ein warmer Sprühnebel von Salicyllösung (1 : 300), sonst ist der Carbolspray vorzuziehen. Zwei Ligateurs serre-noeud nach Cintrat und ein Ecraseur von Meier-Meltzer müssen bereit liegen. Für die Narkose empfiehlt H. Methylenchlorid.

Ist nur ein Fibroid vorhanden und dieses lang gestielt, so thut man besser nur die Geschwulst zu entfernen. Operirt man, während sich im fibromyomatösen Uterus eine lebensfähige Frucht befindet, (weil die Frucht nicht durch das von Fibromen besetzte kleine Becken geboren werden kann) so entfernt man am besten sofort den Uterus nebst den Ovarien (Porro). Dasselbe geschieht allgemein, wo es sich um mehrfache Tumoren oder um einfache, aber nicht gestielte handelt.

Bis jetzt ist die Mehrzahl dieser Operationen extraperitoneal beendet worden, neuerdings kommt indess die intraperitoneale Methode mehr in Aufnahme. Die letztere verlangt vor Allem genauste Unterbindung jedes sichtbaren Gefässes im Stiel. — Bei breitem Stiel und ausgiebigen Verletzungen empfiehlt H. die Drainage des Douglasschen Raumes.

Löhlein (Berlin).

Knowsley Thornton. Unsuccessfull ovariotomy, with cases.

(Medical times and gaz. 1878. 22. Juni und 13. Juli.)

Verf. hat bis jetzt 60 Ovariotomien gemacht; von den ersten zwanzig starben 7, von den zweiten zwanzig 2 und von den dritten zwanzig 1. Er theilt die zehn letal abgelaufenen Fälle ausführlich mit, weil er aus diesen mehr gelernt hat, als aus den 50 geheilten und weil er es für nützlich hält, jetzt wo man dabei ist durch Einführung der antiseptischen Wundbehandlungsmethode die Mortalität nach dieser Operation noch mehr herabzusetzen, die Ursachen des unglücklichen Ausganges in den betreffendan Fällen sich klar zu machen.

Vier von diesen Fällen starben an rapid verlaufender Septikämie 31—72 Stunden nach der Operation; einer (No. 5) an »simple fever« und Hirncongestionen (dürfte wohl, zumal da keine Obduction gemacht werden konnte, auch hierher gehören. Ref.). Eine Pat. musste bei schon bestehender Septikämie operirt werden; es handelte sich um eine Cyste, die im 5. Monat der Schwangerschaft punctirt war, in Folge dessen hatte sie sich um ihren Stiel gedreht und war der In-

halt zersetzt; die Pat. starb einige Stunden nach der Operation. Eine weitere Pat. starb plötzlich am fünften Tage, nachdem unmittelbar nach der Operation meningitische Symptome und etwas später Parotitis aufgetreten war; die Section ergab im Abdomen alles normal, aber eitrige Cerebrospinalmeningitis. 2 Operirte verlor Verf. durch Blutung; die eine 6 Stunden nach der Operation, hier war die Ligatur vom Stiel abgeglitten; die andere am 8. Tage, hier waren die Menses eingetreten und es hatte sich eine grosse Menge Blutes aus der intacten Tube in das Abdomen ergossen. Die zehnte Pat. endlich, die einzige, die zu Grunde ging, seitdem Verf. streng antiseptisch operirt, starb 28 Stunden nach der Operation an einer linksseitigen exsudativen Pleuritis, die seit etwa 8 Tagen bestehend in Folge mangelhafter Untersuchung der Patientin vor der Operation übersehen worden war.

Verf. zieht aus diesen Fällen folgende Lehren:

1) Die Punction soviel als möglich zu vermeiden (bei einem der vier ersten Fälle war auch Zersetzung des Cysteninhaltes in Folge einer Punction eingetreten), namentlich aber in der Schwangerschaft, wo die Gefahr der Drehung des Stiels sehr nahe liegt.

2) Nicht zu lange mit der Operation zu warten.

3) Genaue Untersuchung sämmtlicher Körperorgane der Pat. vor der Operation.

4) Niemals zu operiren ohne vollkommene antiseptische Schutzmassregeln. **H. Wildt** (Berlin).

Maréchal. Utilité de la compression digitale dans les fistules urinaires périnéales et les délabrements operatoires ou accidentels de l'uréthre profond.

(Bull. de la Société de Chir. de Paris Tome III. No. 8. Séance du 8. août.)

Auf Grund zweier Beobachtungen empfiehlt M., beim Urinlassen eventuell auch bei der Samenejaculation, die Urinfisteln, oder von Operationen zurückgebliebene fistulös gewordene Wunden mit den Fingern zusammenzudrücken. Es schwänden dadurch mit einem Male nicht allein die Schmerzen, die sonst beim Urinlassen vorhanden wären, sondern auch das Unvermögen, den Urin schnell zu lassen, sei es, dass derselbe reflectorisch durch eine Blasenparalyse in Folge der Schmerzen, oder durch eine Erschlaffung der Dammmuskulatur in Folge der Verletzung bedingt sei; und es träte eine schnelle Heilung der Fisteln ein.

Durch die Compression würde dem Urin der Eintritt in die Fisteln verlegt, die Granulationen, anstatt durch denselben aus einander gedrängt zu werden, würden in innigen Contact gebracht, so dass sie schneller verkleben könnten. Als Ersatz der digitalen Compression empfiehlt er eine federnde Bandage.

1) Ein 28jähriger Mann, der seit 10 Jahren an Gonorrhoe, seit 1 Jahre an Perinealfisteln leidet; viel Schmerzen beim Urinlassen,

das erst nach längerem Pressen möglich ist. In der Höhe des Bulbus lassen sich zwei Stricturen der Harnröhre nachweisen.

Nach längerer erfolgloser Behandlung — jedem Katheterismus folgen die heftigsten Erscheinungen — wird ihm die Compression der Fisteln während des Urinirens mit den Fingern anempfohlen. Sofortige Erleichterung desselben. Durch Nachlässigkeit des Pat. in der Befolgung der Vorschrift tritt Verschlechterung ein, neue Abscesse bilden sich im Damm, bis Pat. mit Sorgfalt die Compression wieder ausführt, seitdem fortschreitende Besserung und Schluss der Fisteln binnen $1^1/_2$ Monat.

2) Mann von 48 Jahren mit fast undurchdringlicher, mehrere Centimeter langer Strictur der Harnröhre, die seit 10 Jahren besteht. Zahlreiche Urinfisteln am Damm. Urethrotomia externa und interna nach vorn und hinten von der Dammwunde, die Schwierigkeit im Urinlassen wird sehr gemindert, wenn Pat. in kauernder Stellung die Urinfistel mit dem Finger comprimirt. Eine mit einer T-Binde angelegte Pelotte, die im Sinne der Harnröhre eine Höhlung zeigt, wird als Ersatz der Digitalcompression angewandt. Nach 10 Tagen lässt Pat. gut Urin durch die Harnröhre; nach 4 Monaten völlige Heilung.

Boeters (Berlin).

E. Andrews. Cases of lithotrity. An instrument for finding small remaining fragments of stone by auscultation.

(The Chic. med. Journ. and Examin. 1878. Juni.)

Unter Hinweis auf die Thatsache, dass von 2035 zusammengestellten Lithotomien 480, d. i. 23 % tödtlich verlaufen sind, während unter 1687 Fällen von Lithotritien nur 122, d. i. 7 % starben, macht A. den amerikanischen Chirurgen, sich selbst mit eingeschlossen, den Vorwurf, die in Europa mit so grossen Erfolgen geübte Steinzertrümmerung über Gebühr vernachlässigt zu haben. Neuerdings hat er die Lithotripsie 8 Mal mit dem besten Erfolge ausgeübt. Gegenüber dem Bigelow'schen Rathe selbst auch grössere Steine möglichst in einer Sitzung zu zertrümmern und zu entfernen, plädirt er für die mehrfache Wiederholung möglichst kurzer und wenig reizender Sitzungen und will die Beendigung der Operation in einmaliger Session nur für sehr kleine Concremente gestattet sein lassen. Andererseits warnt er auch vor zu grossen Illusionen und erinnert an einen Ausspruch von Sir Henry Thompson, wonach Lithotripsien von Steinen, welche über mandelgross sind, keine besseren Resultate, als der Steinschnitt, geben sollen.

Das im Titel angekündigte neue Instrument besteht aus einer gewöhnlichen Steinsonde, an deren Pavillonende ein längerer Gummischlauch mit Ansatzstück für den Gehörgang des Untersuchenden angebracht ist, und wird nach Art eines Stethoskops, welches dem Ohre die Anwesenheit eines Steines durch den Berührungsschall verräth, gebraucht.

Langenbuch (Berlin).

W. Wagner. Zur Behandlung der Hydrocele congenita.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 30.)

W. entleert die Hydrocelenflüssigkeit mit einer circa 5 g haltenden Pravaz'schen Spritze und spritzt hierauf 0,5—1,0 einer 1 procentigen Carbolsäurelösung in den Hydrocelensack ein, worauf derselbe leicht massirt wird. W. behandelte in dieser Weise 37 angeborne Hydrocelen, von denen er 5 später als geheilt wiedersah; auch von den übrigen 32 glaubt W. annehmen zu dürfen, dass sie ohne üble Zufälle geheilt sind. **Urlichs** (Würzburg).

Kleinere Mittheilungen.

G. Thomson. Casuistik.

(Med. times and gaz. 1878. Juni 1.)

1. Fall. Einem 72jährigen Mann entfernte Th. durch den Seitensteinschnitt einen $4^1/_2$ Drachmen schweren Maulbeerstein. Vom 6. Tage an ging sämmtlicher Urin durch die Harnröhre; am 17. Tage Wunde geschlossen.

2. Fall. 14jähriger Knabe; vor drei Monaten wegen Coxitis Resection des Hüftgelenks, wobei schon eine cariöse Stelle der Pfanne entfernt werden musste. Anfangs Wohlbefinden, bald Weiterschreiten der Caries am Becken und am Femur. Exarticulation der Hüfte und Entfernung einer grossen Partie der Beckenknochen mit dem Meissel, in einer Ausdehnung von 2 Zoll rings um die Pfanne. Am 4. Tage nach der Operation suppressio urinae und Oedeme, verschwinden nach dem Fortlassen der in Carbolsäure getauchten Compressen. 5 Monate später bestand noch eine kleine Fistel, die nicht auf cariösen Knochen führte

3. Fall. 15jähriges Mädchen erlitt eine complicirte Luxation der Hand mit Zerreissung der Strecksehnen und Verletzung der Knochen. Entfernung der ersten Reihe der Handwurzelknochen und der Gelenkenden am Radius und Ulna in der Ausdehnung von $^1/_2$ Zoll. Behandlung mit Wasserumschlägen; nach 42 Tagen geheilt entlassen. 3 Monate später Flexion im Handgelenk und den Fingern vollkommen normal, Extension etwas schwach. Pat. nahm ihre frühere Beschäftigung wieder auf.

4. Fall. Bruch des Oberschenkels oberhalb der untern Epiphysenlinie durch Muskelwirkung, den sich ein 14jähriger Knabe zuzog, als er beim Springen über einen Graben ausglitt und sich im Gleichgewicht erhalten wollte. Geheilt nach sechs Wochen ohne Verkürzung.

5. Fall. Amputation des Oberschenkels zwischen mittlerem und unterem Drittel bei einem 70jährigen Mann wegen complicirter Fractur des Unterschenkels und Eröffnung des Kniegelenks. Heilung binnen 113 Tagen.

6. Fall. 17jähriger Mensch erlitt durch eine Maschine einen complicirten Splitterbruch des Schädels an dem innern und obern Theil der rechten Orbita mit Ausfluss von Hirnsubstanz. Trepanation und Entfernung von 12 Knochensplittern, Wunde ausgespritzt, Drainage. Sofortiger Nachlass der vorher bestehenden Carbolsymptome. 26 Tage später geheilt entlassen.

H. Wildt (Berlin).

Greenfield. Chronic pyaemia probably due to otitis interna — cure.

(Med. times and gaz. 1878. Juni 22.)

Verf. giebt die Krankengeschichte eines 10jährigen Mädchens, das vor 3 Wochen unter Kopfschmerzen, Erbrechen und Ausfluss aus dem linken Ohre erkrankte. Bei der Aufnahme bestand hohes Fieber, geringe Druckempfindlichkeit um das Ohr, typhöser Habitus; allmälig trat Pupillendifferenz, Milzschwellung ein; die Temperatur zeigte grosse Schwankungen, oft binnen wenig Stunden. Dazu kamen Schmerzen, Infiltration und Erguss in das linke Fuss- und Kniegelenk und in das

rechte Schulter, Knie- und Ellenbogengelenk. Dieser Zustand von grosser Prostration und Sopor, verbunden mit hohen, unregelmässigen Temperaturen, dauerte über einen Monat an. Da traten plötzlich an allen Stellen des Körpers, die irgend wie einem Drucke ausgesetzt waren: Hüfte, Knie, Ellenbogen etc., sehr rasch gangränös zerfallende Decubitalgeschwüre auf; einen ganzen Monat hielten die Ausbrüche dieser multiplen Hautgangrän an und bis zur definitiven Ausheilung derselben verging ein Vierteljahr. Im linken Kniegelenk kam es zur Eiterung und in Folge dessen später zur Ankylose, die Function der andern Gelenke kehrte zur Norm zurück. In Folge eines der tiefen Decubitalgeschwüre an der Innenseite des rechten Ellenbogengelenks, welches offenbar den Ulnaris in Mitleidenschaft gezogen, traten trophische Störungen: Wärmeunterschiede, Wachsthumsveränderungen der Nägel, Atrophie und Parese der Muskeln am rechten Vorderarm und an der Hand auf, die sich allmälig unter dem Gebrauch des faradischen Stromes zurückbildeten.

Die Behandlung bestand in der innerlichen Darreichung von Antifebrilien und in prolongirten Carbolbädern. Krankheitsdauer 6 Monate.

H. Wildt (Berlin).

Magnus. Exophthalmus auf scorbutischer Grundlage.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 29.)

M. berichtet über einen Fall, in dem bei einem $1^1/_4$ Jahre alten Kinde, das an Scorbut litt, sich ein beträchtlicher Exophthalmus des rechten Bulbus acut entwickelt hatte. M. sucht den Grund hierfür in einer das orbitale Zellgewebe treffenden scorbutischen Blutung. Der Exophthalmus bildete sich nach Regelung der Nahrungsweise, sowie Ordinirung von Liq. ferr. sesquichlor. 0,5 : 100,0 Syrup in 10—12 Tagen zurück. **Urlichs** (Würzburg).

R. Shingleton Smith. Exophthalmic goître: lesions of the cervical ganglia.

(Med. times and gaz. 1878. Juni 15.)

Verf. theilt folgenden Fall von Basedow'scher Krankheit mit, obgleich nur das sympathische Nervensystem Gegenstand einer genauen Untersuchung wurde: 20jährige Frau, die vor Jahren an Kurzathmigkeit gelitten und immer grosse Augen gehabt haben soll, zeigt seit 7 Monaten, kurz nach der Verbeirathung, Angstanfälle, Herzklopfen, Anschwellung des Halses und Hervortreten der Augen; Allgemeinbefinden verschlechterte sich. Die Pat., in deren Familie Nervenkrankheiten nicht erblich waren, zeigte bei der Aufnahme neben beträchtlicher Cachexie Anschwellung des Halses (14 Zoll Umfang), Dyspnoe, Erbrechen, Herzpalpitationen und so stark prominente Bulbi, dass die Insertionen der Musculi recti sichtbar waren und beim Schliessen der Lider etwa $^1/_4$ Zoll der Bulbi in vertikaler Richtung unbedeckt blieb. Die Anschwellung der Schilddrüse erstreckte sich gleichmässig auf beide Lappen, Herz, Lungen, Urin zeigten nichts Abnormes. Erbrechen und Dyspnoe nahmen bald ab, bald zu; der Puls stieg bis über 200, der Umfang des Halses schwankte zwischen $12^1/_2$ und 14 Zoll, Pat. collabirte immer mehr und starb $2^1/_2$ Woche nach der Aufnahme, nachdem ihr vorher wegen excessiver Dyspnoe die Laryngotomie ohne jeden Erfolg gemacht worden war. —

Die Section ergab, dass die Schilddrüse gleichmässig vergrössert war; jeder Lappen war 3 Zoll lang, 2 Zoll dick und $1^1/_2$ Zoll breit; die Oberfläche lobulär, das Gewebe auf dem Durchschnitt lose, schwammig, von Bindegewebszügen, die von der fibrösen Kapsel ausgingen, durchsetzt; keine mechanische Behinderung des Luftzutritts in die Trachea. Sonst nichts Abnormes, Hirn nicht untersucht. Die sympathischen Halsganglien wurden $2^1/_2$ Wochen in $^1/_2$% Chromsäure gehärtet. Die beiden oberen und mittleren boten makroskopisch nichts Abnormes dar; an Stelle der linken untern Ganglien fand sich ein $^1/_2$ Zoll langer, $^1/_4$ Zoll breiter Knoten, der eine bindegewebige Kapsel, in welche die Nervenfasern verliefen und einen Kern aus kohlensaurem Kalk mit Cholestearinkrystallen besass. Die mikroskopische Untersuchung der Schilddrüse ergab neben der Anwesenheit von Cysten und Colloiddegeneration zottige, von den Wänden der Alveolen ausgehende, mit einer einfachen Epithellage bedeckte Wucherungen. Die sympathischen Halsgang-

lien zeigten gleichmässig folgende Veränderungen: die eigentlichen mit Kern und Kernkörperchen versehenen Zellen waren granulirt, sternförmig; zwischen Zellkörper und der mit Kernen versehenen Kapsel befand sich ein freier Raum; zahlreiche feine Protoplasmafortsätze nach der Neuroglia zu. Die Nervenfasern ohne Abnormität.

H. Wildt (Berlin).

W. Meacher. A case of ovariotomy.

(The Chicago med. Journ. and Examin. 1878. Juni.)

21jährige Dame. 2malige Punction eines anscheinend solitären Ovarialtumors. Danach schneller Rückgang der Kräfte. Ovariotomie: Die Geschwulst stellt, da sie aus 15 Cysten besteht, der Entfernung grosse Schwierigkeiten entgegen. Extraabdominelle Stielbehandlung. In den nächsten Tagen complicirende schwere Bronchitis. Trotz dieser und trotz des gesunkenen Kräftezustandes Ausgang in schnelle Genesung, welche Verf. lediglich den die Kranke umgebenden ausserordentlich günstigen äusseren Verhältnissen zuschreibt.

Langenbuch (Berlin).

Bryant. Hernia case. — Guy's hospital.

(Med. times and gaz. 1878. Juni 8.)

42jähriger Arbeiter wird mit anscheinend doppelseitiger Hydrocele, rechts grösser als links, aufgenommen. Vor 20 Jahren Stoss gegen den rechten Hoden, der in Folge dessen anschwoll; vor 12 Jahren Punction der Geschwulst, Wiederansammlung der Flüssigkeit, seitdem in kurzen Zwischenräumen häufige Punctionen. Bei der Aufnahme bestanden Schmerzen im untern Theil des Abdomen, sofortige Punction der Geschwulst, die über 100 g Flüssigkeit entleerte. Die Schmerzen hielten an, Pat. war verstopft; jetzt constatirte man, dass sich in dem rechtsseitigen Tumor Eingeweide befanden, und als eine erneute Punction keine Erleichterung brachte und Erbrechen auftrat: Incision auf den Sack. Es fand sich eine angeborene Hernie; der Finger gelangte leicht in die Bauchhöhle; in dem Sack fand sich eine ziemlich beträchtliche Masse von Netz, wie es schien; ein Einschnitt hierauf zeigte aber, dass in dem Netz eine Darmschlinge lag, welche mit demselben so fest verwachsen war, dass der Einschnitt sie eröffnet hatte. Sutur der einen Zoll langen Darmwunde. 4 Tage später Kothaustritt aus der Wunde, peritonitische Symptome dauern an, Pat. † 9 Tage nach der Operation. — Die Section ergab universelle eiterige Peritonitis; die Hernie wurde gebildet durch das unterste Ende des Ileum und zwar bestanden alte Adhäsionen hinten und vorn im Bruchsackhalse. Die Wandungen der incarcerirten Darmschlinge waren enorm verdickt und degenerirt, so dass sie wohl für entartetes Netz hatten gehalten werden können. Keine Hydrocele; also befand sich die Flüssigkeit stets im Bruchsack.

H. Wildt (Berlin).

O. Will. Case of urethral calculus simulating strictura.

(Med. times and gaz. 1878. Juni 29.)

Verf. theilt die Krankheitsgeschichte eines 60jährigen Trödlers mit, der seit 4 Jahren an Urinbeschwerden litt; sein Urinstrahl war dünner geworden, ob plötzlich oder allmälig, konnte er nicht sagen, mehrmals traten Retentionen ein, die durch Einführen von dünnen Kathetern gehoben wurden; zuletzt war Urinträufeln und sehr starker Harndrang vorhanden. Die Untersuchung mit einem dicken Metallkatheter ergab einen Stein in der Pars bulbosa, ziemlich fest eingekeilt, der mit Hülfe einer dahintergebrachten Drahtschlinge herausbefördert wurde; er hatte die Grösse einer Erbse. Pat. wurde nach mehreren Tagen mit normalem Harnstrahl und der Fähigkeit, den Urin mehrere Stunden zurückzuhalten, entlassen.

Verf. empfiehlt auf Grund dieses und ähnlicher Fälle, die früher für Stricturen gehalten worden waren, stets zuerst die Untersuchung mit dicken Metallkathetern vorzunehmen; die Methode der Extraction mit der Drahtschlinge, von ihm und Andern öfters schon mit Erfolg ausgeführt, empfiehlt er als einfach und noch in solchen Fällen ausführbar, wo andere Instrumente im Stich lassen.

H. Wildt (Berlin).

Goodall. Dislocation of the wrist; death.

(The Lancet 1878. Vol. I. p. 937.)

Durch einen Wagen niedergeworfen erlitt ein 12jähriger Knabe 2 gerissene Kopfwunden, eine Basisfractur und Verletzung des linken Handgelenks. Erst nach geschehener Abschwellung zeigte sich die Hand nach aussen und vorn luxirt, an der Dorsalseite prominirten Radius und Ulna, in der Mittellinie vor ihnen konnte ein prominenter Knochen gefühlt werden; die Dislocation konnte leicht gehoben werden, stellte sich aber immer wieder her; Crepitation bestand nicht; Pat. starb 8 Tage nach der Verletzung. — Es zeigte sich abgerissen das Lig. lat. ext. Das lig. ant. war abgetrennt am Os navicul. und lunat.; die Bänder zwischen Os lunat. und hamat. waren ebenfalls getrennt, das Os navic. und lunat. mit der Hand verbunden, waren nach vorn gerückt, hinaus über den freien Rand des Lig. anter., das somit zwischen Radius und Hand interponirt war; das Os hamat. war in Verbindung mit Ulna und Meniscus geblieben. **Pils** (Stettin).

Chauvel. Amputation de la jambe à la partie moyenne par le procédé à deux lambeaux de Teale. — Etat fonctionnel deux ans après l'opèration.

(Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris Tome III. No. 8. Séance du 8. août.)

Ch. empfiehlt in geeigneten Fällen die Amputation des Unterschenkels in der Mitte zu machen, anstatt wie in Frankreich üblich am Orte der Wahl. Abgesehen von der günstigen Mortalitätsstatistik gäbe es einen gutgepolsterten langen Stumpf, der gestatte, für die Prothese einen künstlichen Apparat mit Erhaltung der Beweglichkeit im Knie anzubringen.

Er berichtet über einen mit günstigem Erfolge operirten Mann:

Demselben, 38 Jahre alt, war wegen einer Schussverletzung des rechten Fusses die Amputation dicht oberhalb der Malleolen gemacht worden. Der hintere Lappen hatte sich hochgradig retrahirt, so dass nach der sehr langsamen Heilung der Knochen, kaum bedeckt, mit der Narbe direct verwachsen war. Wegen hochgradiger Schmerzen im Stumpf und fortwährender Narbenulceration, die auch beim Gebrauch einer einfachen Prothese auftrat, entschloss sich Ch. $2^1/_2$ Jahr später zur Amputation im mittleren Drittel. Unter Esmarch'scher Bindeneinwicklung wird ein vorderer grösserer, hinterer kürzerer Weichtheillappen gebildet. Darin fasst er die ganze Muskulatur bis auf das Lig. interosseum mit. Wegen Retraction in der Muskulatur können die Gefässe behufs Unterbindung nicht gefunden werden, so dass die Constriction entfernt werden muss. Trotz Compression der Art. femoralis sehr starker Blutverlust (4—500 g), Blutstillung währt $^1/_2$ Stunde. Quere Drainage, Vereinigung der Lappen durch 6 Metallsuturen.

Verband mit in Kampherspiritus getauchter Charpie.

Die Untersuchung des Stumpfes ergab starke Anschwellung sämmtlicher Nerven an der Narbe; die des Nerv. tibial. post. lag zwischen der unteren Fläche der Tibia und der Narbe.

Heilung erfolgte unter Fieber und anfangs lebhaften Schmerzen auf dem Wege der Eiterung in $2^1/_2$ Monat. Pat. benutzt ohne jede Unbequemlichkeit ein künstliches Bein, das seine Stütze an der konischen Oberschenkelmuskulatur, den Condylen der Tibia und dem Fibulaköpfchen nimmt.

Zwei Jahr später bot Pat. eine $6^1/_2$ cm lange, lineare, an der Rückseite der Knochenstümpfe querverlaufende Narbe. Gute, absolut schmerzlose Polsterung des Stumpfes, auf dem Pat. ohne jede Unbequemlichkeit geht.

In der Discussion ist Verneuil der Ansicht, dass namentlich bei Bildung eines langen, hinteren Lappens Neurome entständen. Desprès amputirt bei Arbeitern stets am Orte der Wahl und giebt denselben nur eine einfache Prothese, da sie mit einem künstlichen Apparat nicht lange stehen und arbeiten könnten.

Gyon ist gegentheiliger Meinung und will die Operationsmethode und den Stützapparat dahin gebessert haben, dass derselbe für Arm und Reich gleich brauchbar ist. Désormeaux amputirt so tief als möglich und schlägt vor, den Amputirten beide Stützapparate, zum Arbeiten eine gewöhnliche Stelze, für das Gehen einen künstlichen Apparat zu geben. **Boeters** (Berlin).

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 49. **Sonnabend, den 7. December.** **1878.**

Zur Laparotomie.

Von

H. Tillmanns,

Privatdocent in Leipzig.

Die Laparotomie ist gegenwärtig ein Lieblingsthema zahlreicher Autoren. Ich beabsichtige nicht, an dieser Stelle über einige geheilte Fälle von Ovariotomie zu berichten, welche ich in diesem Jahre auszuführen Gelegenheit hatte, sondern ich möchte die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf eine Todesursache nach Laparotomie richten, welche mir beachtenswerth erscheint.

Bezüglich der von mir in diesem Jahre ausgeführten Ovariotomien will ich nur kurz anführen, dass von 4 Fällen 3 geheilt wurden,

1 Dermoidcyste mit chronischer Peritonitis aber letal endigte. In allen Fällen wurde nach antiseptischen Regeln verfahren, der Stiel mit Carbolseide oder Catgut unterbunden und versenkt, stets waren ausgedehnte Adhäsionen vorhanden. Die Fälle verliefen fieberlos. Die Kranke mit Dermoidcyste und chronischer Peritonitis, wie gesagt, starb; die bereits bestehende chronische Peritonitis wurde im Anschluss an die Operation zu einer acuten, welcher die Kranke am 2. Tage nach der Operation erlag. Wenn ich nicht irre, zeichnen sich die Dermoidcysten des Ovariums durch eine nicht seltene Complication mit chronischer Peritonitis aus. — Doch was ich eigentlich mittheilen wollte, betrifft eine Laparo-Hysterotomie bei einer 39jährigen, sonst gesunden Dame; nach fieberlosem Verlauf und Heilung der Operationswunde per primam endigte der Fall am 22. Tage nach der Operation in Folge von Darmblutung letal.

Die Darmblutung glaube ich in letzter Linie der Einwirkung des Sprays beim 1. Verbandwechsel, 10 Tage nach der Operation, zuschreiben zu müssen. Der Fall ist ganz kurz folgender:

Frau X aus X, eine 39jährige kräftige Dame, seit 16 Jahren verheirathet, hat noch niemals geboren, war sonst stets in jeder Weise gesund. Angeblich seit 8 Jahren bemerkte sie eine allmälig zunehmende Vergrösserung ihres Leibesumfanges. Die von mir Anfang Mai d. J. vorgenommene Untersuchung ergab eine bewegliche, elastisch anzufühlende Unterleibsgeschwulst, welche wahrscheinlich vom rechten Ovarium ausging und bis in die Gegend des Nabels reichte. Die Exploration per vaginam ergab eine sehr atrophische, etwas verlängerte, nach links gerichtete Portio, undeutlich in der Höhe fühlte man vermehrte Resistenz. Sonst war Pat. in jeder Weise gesund. —

Operation unter antiseptischen Cautelen am 1. Mai. Nach der Eröffnung des Abdomens ergab sich, dass die mannskopfgrosse, gestielte, solide Geschwulst (Fibro-Myom) vom Uteruskörper rechts ausging und in das Lig. latum hineingewachsen war; ihr Stiel bestand aus Lig. latum und Uterussubstanz. Der breite Stiel der Geschwulst wurde in einzelnen Portionen durch 5—6 in Carbolwachs gekochte Seidenligaturen unterbunden und versenkt; sorgfältigste Blutstillung. Rechtes Ovarium wurde mit der Geschwulst entfernt, das linke Ovarium war gesund und wurde zurückgelassen. Naht. — Antiseptischer Compressionsverband. Weiterer Verlauf:

Die Frau acquirirte wahrscheinlich im Anschluss an die Ricinus-Darreichung (in der Vorbereitungscur) und vielleicht an die Abkühlung des Unterleibs (»Erkältung«) durch den Spray bei der Operation einen Dünndarm-Katarrh, welcher aber bei der vollständigen Nahrungs-Abstinenz nach 5—6 diarrhoischen, gelben Entleerungen am 4. Tage nach der Operation als geheilt zu betrachten war. Die ersten 10 Tage schwankte die Temperatur zwischen 36,8—37,8; nur einmal (am 8. Tage früh) 38,0. Allgemeinbefinden vom 4. Tage ab sehr gut, keine Störungen von Seiten des Magendarmkanals. 10 Tage nach der Operation wurde der erste Verband unter Spray gewechselt. Die Operationswunde war per primam geheilt, der Unterleib überall schmerzlos, weich, eingesunken, nirgends war etwas Abnormes zu fühlen. Die Nähte wurden mit Ausnahme 2 tiefer entspannender Perlnähte sämmtlich entfernt, es schien mir rathsam, letztere wegen der grossen Länge der Operationswunde noch liegen zu lassen, 3 Tage später wurden auch sie entfernt. Heftpflasterstreifen-Verband. — Sofort nach dem ersten Verbandwechsel unter Spray traten kolikartige Schmerzen im Unterleib auf, ferner Uebelkeit und verminderter Appetit; die bis dahin normale Temperatur stieg am folgenden Tage auf 38,3, 38,6, 38,3,

38,9, der Puls bis 120. Ein Diätfehler war nicht vorgekommen (flüssige Nahrung). Der Stuhl war geregelt. Carbolharn (Chlorbarium-Probe). Beim zweiten und letzten Verbandwechsel erwies sich der vorher schmerzlose, eingesunkene Unterleib bereits aufgetrieben, die kolikartigen Schmerzen bestanden fort. Auffallend war ein den ganzen Unterleib einnehmendes intensives Carbolerythem, an welches sich eine Urticaria universalis febrilis anschloss, welche besonders am 17. Tage nach der Operation am ganzen Körper, mit Ausnahme des Kopfes, ausgeprägt war und bis zum 20. Tage dauerte. Am 18. und 19. Tage, wo das Carbolerythem am Abdomen und die Urticaria universalis febrilis intensiv vorhanden waren, traten nach Klystier (1), dann spontan im Ganzen 3 sehr reichliche blutige Stuhlentleerungen ein, die Kranke wurde zusehends anämisch, am 20. und 21. Tage erfolgte ebenfalls 3 Mal spontan sehr reichlicher Abgang von reinem geronnenem Blut und Pat. starb am 22. Tage früh 2 Uhr unter den Erscheinungen hochgradigster Anämie; der tödtliche Collaps trat wahrscheinlich unter fortdauernder oder erneuter stärkerer innerer Darmblutung so plötzlich ein, dass die beabsichtigte Transfusion nicht mehr zur Ausführung kam. Gegen die Darmblutung erwies sich jede Therapie erfolglos. Seit dem ersten Tage nach dem Verbandwechsel schwankte die bis dahin normale Temperatur zwischen 38,6 und 39,3. Puls stets gegen 120. — Die Diät war sorgfältig geregelt (flüssige Nahrung). —

Section 31 St. p. m. (Herr Dr. Huber, Assistent am hiesigen pathologisch-anatomischen Institut): hochgradigste Anämie, Operationswunde der Bauchdecken fest per primam geheilt, der Stiel der Geschwulst zeigte nicht die geringste Abnormität, die Ligaturfäden (Seide) waren zum Theil fest eingeheilt, theils (im Lig. latum) im Durchschneiden begriffen. Die Seidenligatur, welche durch die Substanz des Uterus ging, war fest eingeheilt. In der Peritonealhöhle, in der Substanz des Uterus, im Ligam. lat. etc. nirgends etwas Abnormes, kein Exsudat, keine Eiteransammlung etc. Im Dünndarm und oberen Dickdarm grosse Mengen rein blutigen Inhalts, follicularer Katarrh des Dünndarms, Schleimhaut blutig tingirt, stark hyperämisch. Im Colon schwarze, theerartige Massen, keine dysenterischen Veränderungen. Sonst nichts Abnormes. Eine Läsion des Darmes konnte nicht nachgewiesen werden. Die Nieren leicht hyperämisch, Milz und Leber ohne Besonderheiten. — Eine Eröffnung der Brusthöhle wurde nicht gestattet.

Die Endursache des Todes suche ich in der Einwirkung des Carbolsprays, es handelte sich im Wesentlichen wahrscheinlich um eine Carbolvergiftung. Die Operirte befand sich bis zum 10. Tage nach der Operation — wenn wir von dem Dünndarm-Katarrh der ersten Tage absehen — vollständig wohl. Sofort nach der Einwirkung des Carbolsprays beim 1. Verbandwechsel trat unter Temperatursteigerung und vermehrter Pulsfrequenz leichte Tympanitis des Unterleibes und intensives Carbolerythem mit Urticaria universalis auf, ferner Carbolharn; es zeigten sich dann blutige Darmentleerungen. Letztere sind wohl analog jenen Darmblutungen zu erklären, welche man bei Erysipelas, bei Verbrennungen der Haut beobachtet hat. So hat z. B. Bayer einen Fall tödtlicher Darmblutung bei Erysipelas mitgetheilt. In welchem causalen Connex freilich die genannten Hauthyperämien mit Darmblutungen, mit transitorischen Darmhyperämien stehen, ist wohl nicht leicht zu sagen. Das in unserem Falle vorhandene intensive Carbolerythem mit nachfolgender Urticaria universalis febrilis ist aber wohl den genannten Erkrankungen hinsichtlich des Effectes analog und verursachte wie letztere wahrscheinlich das Auftreten der Darmblutung. Ich lasse es dahin gestellt,

in wie weit die giftige Wirkung der Carbolsäure an sich hierbei in Betracht kommt, d. h. ob die Darmblutung directe Folge der Carbolintoxication war, ob z. B. durch eine ätzende Wirkung der Carbolsäure auf die Innenwand der Gefässe Blutungen entstehen können. Sonnenburg sah bei Carbolintoxication Haemorrhagien und Hyperämie in den Nieren (cfr. Centralbl. für Chir. No. 45). Von der Darreichung des Glaubersalzes glaubte ich in meinem Falle wegen des entzündlichen Zustandes des Magendarmcanals absehen zu müssen. — Aber auch die abkühlende, erkältende Wirkung des Carbolsprays dürfte in Betracht zu ziehen sein und bei der Nachbehandlung abdominaler Operationen zur Vorsicht in der Anwendung desselben auffordern. Vielleicht genügt schon diese, um katarrhalische Störungen des Magen-Darmcanales hervorzurufen, um so mehr, als in unserem Falle ohnehin bereits in den ersten Tagen nach der Operation ein Dünndarmkatarrh bestanden hatte. Es dünkt mich, dass der unter dem warmen antiseptischen Verband (Carbol-Gaze mit Carboljute und Salicylwatte) mehrere Tage befindlich gewesene Unterleib gegen die Abkühlung durch den Carbolspray, gegen die Einwirkung der Carbolsäure sehr empfindlich wird, selbst wenn man die Operirte — wie es ja selbstverständlich geschieht — in zweckmässiger Weise durch übergelegte wasserdichte Decken möglichst schützt. Dazu kommt noch die bekannte Erfahrung, dass manche Individuen schon unter normalen Verhältnissen gegen geringe »Erkältung« des Unterleibs ungemein empfindlich sind; wenn eine bis dahin getragene Unterleibsbinde weggelassen wird, so treten nicht selten kolikartige Schmerzen und Diarrhoeen auf. — Unser Fall scheint mir ferner darauf hinzuweisen, dass eine Hautstelle, welche längere Zeit unter der Einwirkung der warmen antiseptischen Gaze-Watte-Einwicklung gestanden, viel resorptionsfähiger, resp. viel empfindlicher gegen Carbolsäure wird, sobald der Deckverband entfernt wird und der Carbolspray auf dieselbe einwirkt. Allerdings ist vielleicht die Empfindlichkeit gegen Carbol-Vergiftung mehr oder weniger individuell. —

Nach alledem wende ich bei der Nachbehandlung Laparotomirter, überhaupt bei der Nachbehandlung operativer Eingriffe am Abdomen niemals mehr Carbolspray an; beim Verbandwechsel an den Extremitäten benutze ich den Spray selbstverständlich noch stets. Bei Operationen am Unterleib aber halte ich in jedem Falle an der Anwendung eines möglichst feinvertheilten, warmen Dampfsprays fest. Bei Ovariotomièn lasse ich den antiseptischen Compressions-Verband, wenn nicht sonstige Zufälle den Verbandwechsel erfordern, bis zum 10. Tage liegen, dann entferne ich ohne Spray sämmtliche Nähte und lege einen Heftpflasterverband an. —

Ueber einen Fall totaler Uterusexstirpation nach Freund gedenke ich seiner Zeit an anderer Stelle zu berichten.

Adamkiewicz. Die Ausscheidungswege des Jodkaliums beim Menschen.

(Charité-Annalen Jahrg. III. p. 381 ff.)

Das Jodkalium ist ein Haloidsalz, dessen Haloidbestandtheile durch eine sehr characteristische Reaction die Gegenwart seines Salzes überall, wohin es kommt, leicht und sicher anzeigt. Man kann die bekannte Jodreaction bei Berührung mit Stärke auch mit dem Jodkalium erhalten, wenn man das Jod von dem Kali durch stark oxydirende Agentien trennt. Fügt man einer Jodkalium enthaltenden Probe Stärkekleister und rauchende Salpetersäure hinzu, so kann man durch die Blaufärbung des Gemisches die Gegenwart von Jodkali beweisen. Mit Hülfe dieser Reaction ist in den meisten Se- und Excreten des menschlichen Körpers Jod nach Jodkaligenuss nachgewiesen worden. Es werden die Methoden erwähnt, wie die Probe mit Harn, Speichel, Schweiss, Milch und Thränen vorzunehmen ist.

Auf einige andere Ausscheidungswege des Jods weisen eigenthümliche Affectionen hin, die beim Menschen mit grosser Beständigkeit nach längerem Jodkaligenuss sich einstellen: — der Jodschnupfen und das Jodexanthem.

Verf. hat sowohl in dem Nasensecret als in dem Inhalt von Aknepusteln Jod nachgewiesen. Bei ersterem fand er es in dem Infus eines Taschentuches einer Person, die Jodkali genommen, bei dem sehr spärlich zu erlangenden Pusteleiter war es schwer, die richtige Menge von Salpetersäure zu bemessen, da jedes Ueberschreiten der Grenzen bei der grossen Empfindlichkeit des Jodstärkeblau's gegen Oxydation die Vernichtung der Reaction zur Folge hat. Verf. erhielt die Reaction erst, als er eine mit destillirtem Wasser viele tausend Mal verdünnte Säure in kleinen Tropfen dem mit Pusteleiter gut gemischten Stärkekleister zusetzte. Also auch die Talgdrüsen scheiden das Jodkali aus und üben somit Functionen einer wahren Excretion aus.

Es ist nun auffallend, dass gerade Nasenschleimhaut und Talgdrüsen so sehr empfindlich gegen das Jodsalz sind, während dasselbe, wie man aus seinen sonstigen Ausscheidungsverhältnissen schliessen kann, in alle übrigen Körpergewebe eindringt, ohne hier auch nur die geringsten Reizzustände hervorzurufen. Es liegt die Annahme nahe, dass, da das Jodkalium selbst indifferent ist, das freie Jod dagegen reizend wirkt, die Affection der beiden Orte eine Folge der Zersetzung des Jodkaliums in ihnen ist. Diese Annahme wird gestützt durch die Thatsache, dass der Nasenschleim bei Gegenwart von Jodkaliumkleister und verdünnter Schwefelsäure die Jodreaction giebt, was nach Schönbein die Gegenwart von salpetrigsaurem Ammoniak im Nasensecret beweist. Salpetrigsaures Ammoniak aber veranlasst die Zersetzung von Jodkalium schon unter dem Einfluss

einer nicht flüchtigen Säure, für deren Entstehung alle thierischen Excrete sehr geeignete Substrate sind.

Der Inhalt der Talgdrüsen ist zum Theil das Product zerfallener Epithelien, und bei der Eiweisszersetzung entstehen ausnahmslos Ammoniak, stickstoffhaltige und stickstofffreie Säuren, welche das Jodkali umsetzen müssen, infolge dessen dasselbe die Eigenschaften eines Entzündungsreizes annimmt. Ausserdem bildet der lange Aufenthalt des Salzes in dem stagnirenden Talgdrüseninhalt günstige Bedingungen für seine Umbildung und Reizwirkung.

Verf. verwirft die Ansicht, nach welcher das Entstehen des Exanthems der Wirkung des mit dem Schweiss ausgeschiedenen Jod zugeschrieben wird, da nicht einzusehen, weshalb dieses gerade die Talgdrüsen influenciren sollte; ausserdem bleiben gewöhnlich die Hautstellen vom Exanthem verschont, welche ganz besonders reich an Schweissdrüsen sind und sehr viel schwitzen: Handflächen und Fusssohlen. Diese Stellen haben aber keine Talgdrüsen. Dieser Umstand ist ein neues Argument dafür, dass die Talgdrüsen nicht nur der Sitz, sondern auch die Quelle des Jodexanthems sind.

Verf. hält es für feststehend, dass die Excretion des Jodkaliums eine ganz allgemeine Function aller Drüsen des Körpers ist.

Zum Schluss erwähnt Verf. eine Beobachtung Johnson's, dass bei Erkrankungen der Nieren schon kleine Gaben von Jodkalium sehr starke Hautausschläge hervorrufen, was beweisen würde, dass ebenso wie die Schweissdrüsen bei der Wasserausscheidung, die Talgdrüsen vicarirend für die Function der Nieren eintreten könnten bei Ausscheidung von Jodkalium. Rinne (Berlin).

Rapport de la Clinique chirurgicale de l'Université de Liége.

(1877. 226 Seiten und 8 Tafeln.)

Der Bericht umfasst die Zeit vom 1. März 1876 bis 1. März 1878. Er schildert in kurzer Einleitung die Uebelstände, mit welchen Prof. Gussenbauer seit der Uebernahme der Klinik in Lüttich zu kämpfen hatte, während ein Schlusswort die dringendsten Bedürfnisse betont. Im Sommer 1876 fehlte es noch an gemeinsamer Oberleitung, erst seit October 1876 hat G. die ganze chirurgische Klinik mit 46 Betten und die syphilitische Abtheilung mit 15 Betten erhalten. Ferner fehlte ein geprüfter Assistent, denselben erhielt G. im Aug. 1876. Die Ungesundheit des Spitals war sprichwörtlich geworden: der Operationssaal liegt zwischen Leichen- und Sectionszimmer, der Männersaal nur etliche Schritte davon entfernt. G. hatte deshalb nichts Eiligeres zu thun, als die antiseptische Verbandmethode anzuwenden und streng durchzuführen unter beständigem Kampf mit unzureichenden Mitteln. Die Zahl der Fälle für den Unterricht ist zu klein, es besteht keine

genügende Freiheit in der Auswahl und kein Sectionszwang. Eine regelrechte Poliklinik fehlt.

Genaue Krankengeschichten konnten erst seit October 1876 angefertigt werden. Behandelt wurden von chirurgisch Kranken im genannten Zeitraum 324 Männer, 165 Weiber, 51 Kinder, von Syphilitischen 66 Männer und 49 Weiber, im Ganzen 655 (Seite 90 sind 653 angegeben).

Die Wundbehandlung geschah nach Lister's Methode, nur wurde der Billigkeit wegen statt Protective silk und Makintosh feines Guttaperchapapier genommen (dasselbe geschah in den letzten Jahren auch in der Tübinger Klinik, Ref.); und wo der Lister'sche Verband nicht anwendbar war, bediente sich G. der essigsauren Thonerde zur Irrigation oder zum feuchten Verband.

Nach den Erkrankungen gerechnet sind aufgeführt: 185 Verletzungen (incl. Verbrennungen und Erfrierungen), 164 entzündliche Zustände und deren Folgen, 56 Neubildungen, 30 Missbildungen, 115 syphilitische Affectionen und 103 Varia; zusammen mit 41 Todesfällen. Die hohe Zahl der Traumen und darunter sehr schwere Fälle, erklärt sich durch die Lage des Spitals in einer Steinkohlengruben- und Fabrik-reichen Gegend. Es sind 64 nicht complicirte, und 21 complicirte Fracturen (letztere mit 3 †), ferner 19 Verbrennungen, dabei 5 sehr schwere des Rumpfes mit 3 Todten. Auf die 174 entzündlichen Zustände fallen 1 Erysipel, 19 Phlegmonen, 41 Arthriten, 26 Periostiten, 21 Kranke mit Caries, 8 mit Nekrosen, 5 mit Gangrän und 13 Lymphdrüsenentzündungen. Die Liste der 156 Neubildungen enthält 20 Krebse, 8 Sarkome, 3 Fibrome, 3 Lipome, 2 Ovariencysten und 6 Lupusfälle. Unter den 103 Nummern »Varia« sind aufgeführt: 6 Blasensteine, 1 Urethroperinealfistel, 11 eingeklemmte Hernien, 4 Analfisteln, 2 widernatürliche After, 1 Aneurysma.

Die Operationstabelle enthält:

Amputationen 6, Exarticulation 1, Resectionen: 7 articuläre (1 †), und 9 aus der Continuität, 2 Trepanationen, 1 Tracheotomie, 1 Laryngotomie, 5 Herniotomien (3 †), 5 Steinschnitte, 1 Lithotritie, 2 Ovariotomien, 1 Urano- und 1 Stomato-plastik und 3 Fälle von Rhinoplastik.

Die interessanteren casuistischen Mittheilungen mögen im Text nachgesehen werden. Ausstattung des Werkes sehr gut.

Mögling (Schwenningen).

Escher. Aus der chirurgischen Abtheilung des Dr. Menzel in Triest.

I. Zur Frage der primären Amputation bei spontaner Gangrän in Folge von Atherom der Gefässe.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 19 und 20.)

Da statistisch die primäre Amputation im Allgemeinen bei Spontangangrän weniger gute Resultate giebt, als rein exspectative Be-

handlung und noch weniger als Secundäroperationen nach erfolgter Demarcation, so fragt es sich, ob nicht ausnahmsweise Berechtigung zu primären Amputationen besteht. Verf. fand Indication dazu in einem Falle, in welchem keine Neigung zur Demarcation der sehr langsam fortschreitenden Gangrän bestand und enorme Schmerzen den Pat. herunterbrachten. Die Operation verlief gut und Heilung erfolgte; in späterer Zeit kam jedoch der Pat. mit Spontangangrän am anderen Beine, welche so schnell weiterschritt, dass der Tod erfolgte, ehe eine Amputation ausgeführt werden konnte.

II. Ein Fall von lange dauernder Blutleere nach Esmarch mit üblen Folgen.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 25.)

Bei einem 14jährigen Knaben war durch einen Messerstich eine Verwundung am Daumenballen entstanden. Die Blutung wiederholte sich trotz Anwendung aller möglichen Styptica, Deck- und Compressionsverbände, bis eines Abends die Esmarch'sche Binde (nicht Schlauch) bis zur Mitte des Oberarms angelegt wurde. Die Binde blieb 14 Stunden liegen, worauf grosse Schmerzen folgten; rapide Anschwellung und Röthung, soweit die Binde lag. Eine diffuse Phlegmone entwickelte sich, doch stand die Blutung. Unter geeigneter Behandlung erfolgte Heilung.

III. Zur Behandlung der Mastdarmfisteln mittelst des Dupuytren'schen Enterotoms.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 27.)

Die Methode ist von Gerdy und Gosselin zur Spaltung weit hinaufreichender Mastdarmfisteln angewandt worden, ebenso von Malgaigne und Nélaton. Rizzoli und Menzel operirten danach, wenn bei hochhinaufreichenden Fisteln noch starke Gefässe in der zu durchtrennenden Wandung lagen. Menzel wandte das Verfahren dreimal mit verhältnissmässig sehr gutem Erfolge an. So bei einem Pat., der nach einem Analabscesse eine Fistel zurückbehalten hatte, das zweite Mal bei einem Phthisiker und das dritte Mal bei einer Pat., welche in Folge von Lues an einer Strictura recti und an Analabscessen und einer Fistel litt. In allen drei Fällen blieb die Gefahr der Blutung und Peritonitis aus; die Beschwerden der Behandlung waren nicht zu gross. In allen 3 Fällen trat Heilung ein.

v. Mosengeil (Bonn).

Nicolai. Der Lagerstuhl. Eine kriegschirurgische Studie.

(Deutsche Militärärztliche Zeitschrift 1878.)

Ausgehend von der Haltung der einzelnen Körpertheile, wenn sich dieselben in der möglichsten Ruhestellung befinden, construirte N. eine Tragbahre für den Feldgebrauch, die neben der möglichsten

Einfachheit und Dauerhaftigkeit, den Körpertheilen auch im verletzten Zustande die beste und ruhigste Lage gewähren soll. Zugleich soll dieselbe noch einigen anderen Indicationen genügen. Das Stanelli'sche Triclinum mobile diente ihm als Modell, d. h. seine Bahre besteht aus 4 für Rumpf, Oberschenkel und Unterschenkel und die Füsse bestimmten, winkelig zu einander gestellten Flächen und zwar lassen sich die Winkel zwischen Rumpf- und Oberschenkel, resp. Sitztheil, sowie zwischen Sitztheil und Unterschenkeltheil an seitlich angebrachten Quadranten beliebig verändern. Die Flächen für die Oberschenkel sowie die Unterschenkel bestehen aus einem festen und einem an jenem nach dem Princip der Taylor'schen Schienen beweglichen Theile, so dass dieselben nach Bedürfniss verlängert und verkürzt werden können. Am oberen Ende des Rumpftheils sind 2 Oesen angebracht, um Bandagen anzuknüpfen, die, wie z. B. bei Fracturen der Wirbelsäule, unter den Armen des Verletzten zur Befestigung desselben hindurchgezogen werden. Im Sitztheil befindet sich eine durch eine Jalousie verschliessbare Defäcationsöffnung; der Fusstheil schliesslich, der unter einem rechten Winkel am Unterschenkeltheil angesetzt ist, hat mehrere Einschnitte, um Binden zur Befestigung der Füsse hindurchziehen zu können.

Das Material für Rumpf-, Sitz- und Unterschenkeltheil ist ein Rahmen von Winkeleisen, der mit einer aus Rohrstäben und Draht zusammengeflochtenen Matte bedeckt ist; der Fusstheil besteht aus Holz. Das Ganze ruht mit seiner Axe, die im Winkel zwischen Rumpftheil und Sitztheil liegt, auf 2 auf die Hochkante gestellten eisernen Seitenblättern, welche an beiden Enden durch Querstangen fest zusammengehalten werden; der Apparat ist in dieser Axe an 2 eisernen Halbkreisen, die über den Seitenblättern an diesem Punkte angebracht sind, von tiefster Kopflage bis zum aufrechten Sitz verstellbar. An den Seitenblättern befinden sich noch an den beiden Enden je 2 Oesen, in welche die Tragenden eingesteckt, eventuell auch Stricke eingeknüpft werden, wenn die Tragbahre im Eisenbahnwagen aufgehängt werden soll, und in der Nähe der Oesen Beine. Diese bestehen aus einfachen Gasröhren, in welchen ein runder Stab läuft der durch eine Fixationsschraube stellbar ist. An seinem Ende trägt der Stab, um nicht in den Boden einzusinken, ein Tellerchen. Für gewöhnlich sind die Beine längs der Seitenblätter in die Höhe geschlagen.

Das Rohrgeflecht erlaubt überall zum Verbande etc. Fenster einzuschneiden. Bei Oberschenkelfracturen legt N. auf die Möglichkeit, den Sitztheil zu verlängern, ganz besondern Werth, indem er mit der flectirten Ruhestellung die Vorzüge der permanenten Extension verbinden kann. Durch einen im Sitzwinkel angebrachten Ledergurt, der den Kranken am Vorwärtsrutschen verhindert, wird die Contraextension noch verstärkt. Ganz gleich wirkt dieselbe Vorrichtung am Unterschenkeltheil bei Verletzungen im Knie und bei Fracturen des Unterschenkels, nur muss der Winkel zwischen Sitztheil und Unterschenkeltheil der Tragbahre dem jedesmaligen Bedürfniss an-

gepasst werden. Anbinden des Fusses am Fussbrett bewirkt die Contraextension und hindert die Rotation des unteren Fragmentes. Hier und da können auch noch Sandsäcke, die an das verletzte Glied angelegt werden, zu Hülfe genommen werden.

Zum Verband von Fussverletzungen kann das Fussbrett herabgeschlagen werden.

Ist eine bestimmte Lagerung im weiteren Verlauf nicht mehr erforderlich, so kann zur Nacht die Trage in ein bequemes, gestrecktes Ruhebett, am Tage in einen Lehnstuhl umgewandelt werden. Oefterer Wechsel der Stellung wirkt durch Verlegung der Druckpunkte gegen Decubitus. Alle Nothschienenverbände, die sonst meist von der ungeübten Hand der Krankenträger angelegt werden müssen, macht der Lagerstuhl überflüssig, selbst zur Operation braucht der Kranke seine Lage nicht zu wechseln, da durch Niederklappen und Ausziehen der Füsse ein ganz bequemer Operationstisch geschafft wird. Schliesslich können an demselben noch leicht 1 oder 2 Räder angebracht werden, die den Lagerstuhl in eine schubkärrenähnliche Bahre, resp. einen Rollwagen umwandeln.

Das Gewicht des ganzen Apparates beträgt 32 kg, allerdings bedeutend mehr als die gewöhnliche, preussische Trage. Der Preis würde sich bei Beschaffung einer grösseren Zahl auf etwa 50 ℳ stellen.

Vor Rosten wird der Lagerstuhl durch einen Oelfarbenanstrich geschützt; das Rohrgeflecht kann von den Krankenträgern nöthigenfalls erneuert und ausgebessert werden.

Die Anwendung des Lagerstuhls hat noch für das Ganze der Armee den Vortheil, dass eine grosse Anzahl Verwundeter transportfähig wird, die es sonst nicht war, so dass eine Zerstreuung der Verwundeten schneller zu bewerkstelligen ist.

Genaueres über den Apparat besonders auch bezüglich der Maasse muss im Original nachgelesen werden, dem auch zur besseren Erläuterung 4 Blätter Zeichnungen vom Verfasser beigegeben sind.

Boeters (Berlin).

C. F. Fritzsche. Beiträge zur Statistik und Behandlung der angeborenen Missbildungen des Gesichts. (Hasenscharte, Unterlippenfistel, Gesichtsspalte.)

Zürich, **Meyer & Zeller,** 1878.

I. Verf. berichtet über die Hasenscharten auf der Züricher Klinik in den letzten 10 Jahren, über Unterlippenfisteln und einen Fall von sogenannter schräger Gesichtsspalte; für die Behandlung des prominenten Zwischenkiefers wird eine neue Methode empfohlen. Den Schluss bilden 52 Krankengeschichten von Hasenscharten und zwar 17 einfache einseitige, zum Theil mit partieller Alveolar- oder Gaumenspalte complicirte Lippenspalten, 23 einseitige durchgehende Lippen-,

Alveolar- und Gaumenspalten, zum Theil mit partieller Spalte der anderen Seite complicirt und 12 doppelseitige durchgehende Spalten mit prominirendem Zwischenkiefer. Was den Sitz der Spaltbildung betrifft, so war bei Gruppe I die Spalte 10 Mal links, 7 Mal rechts, bei Gruppe II 18 Mal links und 5 Mal rechts, bei Gruppe III 12 Mal doppelseitig. Im Ganzen also sass die Spalte 28 Mal links, 12 Mal rechts und war 12 Mal eine doppelseitige und zwar bei 30 männlichen und 22 weiblichen Individuen. — Bezüglich der Aetiologie der Hasenscharten, welche F. nur sehr flüchtig berührt, betont Verf. besonders hereditäre Verhältnisse (20—26 % seiner Fälle), ohne auf die directen Ursachen der Hasenscharten näher einzugehen.

Die Mortalitätsverhältnisse der vom Verf. mitgetheilten 52 Hasenscharten gestalten sich folgendermassen: vor dem operativen Eingriff starben 7 (13,5 %), unmittelbar nach der Operation 3 (5,8 %), einige Zeit (bis zu 3 Monate) nach der Operation 6 (11,5 %), längere Zeit nach der Operation 4 (7,7 %), es leben noch 32 (61,5 %). Die Todesursachen bei den vor der Operation gestorbenen Pat. beruhen in Respirationskatarrhen, Verdauungsstörungen, besonders aber in der mangelhaften Entwicklung der Kinder und in mangelhafter Sorgfalt in der Verpflegung. Für die Mortalität der operirten Hasenscharten erhält Verf. durch Zusammenstellung von Fällen von Billroth, Simon, Rose u. A. für die ersten zwei Wochen nach der Operation 5 %, für die 3. Woche bis incl. 3. Monat 15 %, für die Gesammtmortalität bis Ende des 3. Monats 21 resp. 22,3 %, sodass also von allen operirten Hasenscharten etwa der 5. Theil drei Monate nach der Operation nicht mehr am Leben ist.

Verf. ist für frühzeitige Operation (im 2.—6. Monat). Was den Einfluss der Vereinigung der Lippenspalten auf vorhandene Knochenspalten anlangte, so übte dieselbe nur auf die Alveolarspalten und den vorderen Theil der Gaumenspalten einen wesentlichen Einfluss aus, während die Spalten des weichen und des hinteren Theils des harten Gaumens durch die Operation der Lippenspalten nicht, oder nur in unbedeutendem Grade enger wurden. —

Unter den Todesursachen in den ersten zwei Wochen nach der Operation hebt Verf. hervor: Erstickung durch Bluteinfluss in den Larynx, Verblutung, Collaps, Erstickung durch krampfhaften Kieferschluss (W. Busch) mit Verschluss der Nasenlöcher, Erysipel, Erbrechen mit Verstopfung der Trachea bei mangelhafter Beaufsichtigung der Kinder. Mit Rücksicht auf letztere Todesursache ist nach Verf. auch die mumienhafte Einwicklung der Kinder, welche jede freie Bewegung verhindert, von unheilvollem Einfluss. Rose hat deshalb auf Grund 2 Todesfälle durch Erbrechen, letztere Methode, die Kinder zu fixiren, sowohl für die Operation als für die Nachbehandlung verlassen. Bei ersterer werden die Kinder von Wärtern gehalten, bei letzterer werden die Händchen an den Bettrand angeschlungen. Um das Blutschlucken und die üblen Folgen derselben, das Blutbrechen, die Diarrhöen, Blutaspiration etc. durch die Luft-

wege zu vermeiden, operirt Rose seit mehreren Jahren alle Hasenscharten ohne Ausnahme am hängenden Kopfe (bis jetzt 14 Fälle), wobei besonders darauf zu achten ist, dass auch der Kopf genügend nach hinten übergebeugt gehalten wird. Dabei empfiehlt es sich auch, in hängender Lage den Rachen zu controliren, d. h. mit einem Stielschwamm gegen den weichen Gaumen (bei Gaumenspalte in dieselbe) zu drücken, um hier und in der Nase angehäufte und den Blutabfluss behindernde Coagula aus der Nase hervorzudrängen. — Unter den Todesursachen in der späteren Zeit nach der Operation sind die chronischen Diarrhöen am häufigsten, dann allgemeiner Marasmus, capilläre Bronchitiden, Pneumonien etc.

Es folgt das Capitel über die Nachbehandlung und die Resultate der Operation, aus welchem wir nur Folgendes hervorheben. Rose operirt nach der Malgaigne'schen Methode, jedoch bildet er die beiden Läppchen nicht nur aus Lippenroth, sondern verwendet dazu noch einen Theil der eigentlichen Lippe, wodurch die Läppchen grösser und an ihrer Basis breiter werden. Nach Entfernung der Nähte werden die bekannten Heft- resp. Englischpflasterstreifen (mit Collodium) angelegt. Den viel zuverlässigeren und dauerhafteren elastischen Heftpflasterverband von Thiersch scheint Verf. nicht zu kennen (kurz beschrieben von Thiersch auf dem 4. Chirurgen-Congress, 3. Sitzung, 9. April 1875, Verhandlungen, p. 63). — Das Resultat der operirten Fälle war folgendes: vollständiges Scheitern der Operation, d. h. vollkommene Trennung der vereinigten Wundränder kam in 3 Fällen vor, in allen übrigen Fällen erfolgte dauernde Vereinigung der Wundränder (das Nähere cfr. im Original). —

II. Die Behandlung des prominenten Zwischenkiefers nach einer neuen Methode besteht darin, dass Rose den unteren Vomerrand möglichst oberflächlich, nicht einmal $^1/_2$ cm weit mit einer Knochenscheere in einiger Entfernung hinter dem Zwischenkiefer durchtrennt und dann den Zwischenkiefer mit dem auf die Nase aufgesetzten Daumen unter Fractur der Nasenscheidewand in die Alveolarspalte zurückbricht. Die Zurücklagerung des Zwischenkiefers ist bei exacter Ausführung der Methode ein fast blutloser Eingriff, weshalb Rose der Zurücklagerung des Zwischenkiefers sofort die Vereinigung der Lippenspalten folgen lässt. Von 9 operirten Zwischenkieferfällen sind 7 nach dieser Methode in einem Tempo operirt worden. Verf. war in der Lage, den Erfolg der Operation in 4 Fällen nachträglich zu untersuchen: Bis jetzt ist nur in einem Falle eine vollkommen feste Verwachsung eingetreten, in den übrigen Fällen ist der Zwischenkiefer noch beweglich, bald nur wenig in der Richtung von vorne nach hinten, bald aber auch seitlich. Ein vollkommen fest eingeheilter Zwischenkiefer gehört aber nach den bis jetzt gemachten Erfahrungen aller Chirurgen zu den Seltenheiten. In drei Fällen stand der nachträglichen Consolidation die abnorme Zahnentwicklung, resp. Zahnstellung auch hier hindernd im Wege.

III. Die Unterlippenfisteln (cfr. Original). Von dieser seltenen Missbildung sind nach Verf. bis jetzt 15 Fälle bekannt, 11 sind genauer beschrieben von Démarquay (3), Beraud (1), Murray (4), Richet (1) und Rose (2). Das Bild der Missbildung in allen Fällen ist so ziemlich gleich: auf einer meist etwas wulstigen, hie und da stark prominenten Unterlippe befinden sich im Lippenroth symmetrisch neben der Mittellinie 2 seichte Grübchen. Im Grund der Grübchen besteht eine punktförmige, beinahe stecknadelkopfgrosse Oeffnung, aus der fortwährend bald mehr, bald weniger wasserhelle, speichelartige Flüssigkeit aussickert. Eine Sonde dringt etwa $1^1/_2$—3 und mehr Centimeter ein, meist so, dass die Canäle convergiren. Nie besteht eine Communication in der Tiefe, immer endigen sie blind u. s. w. Die einzelnen Fälle unterscheiden sich eigentlich nur in der verschiedenen Dicke der Lippe, in der bald grösseren, bald geringeren Länge der Canälchen und in der bald sehr reichlichen, bald nur ganz unbedeutenden Secretion aus denselben, je nachdem viele oder nur wenige Drüsen in dieselben münden. Die Fisteln sind fast stets (von 15 in 13 Fällen) mit complicirten Hasenscharten verbunden und auch die beiden einzigen Fälle des Verf. ohne gleichzeitige Hasenscharte stammten aus Familien, wo letztere in grosser Anzahl vorhanden waren. Die Unterlippenfisteln sind nach Verf. aufzufassen als Folge mangelhafter Verwachsung der Furchen seitlich vom Kinnstück des Unterkiefers. — Therapeutisch empfiehlt sich, wo es nothwendig resp. erwünscht ist, z. B. bei gleichzeitiger Rüsselbildung der Unterlippe, die keilförmige Excision, d. h. die Entfernung der Fistelgänge resp. des Rüssels, welcher der Heilung der Hasenscharten ein namhaftes Hinderniss entgegensetzen kann. In einem Falle kam es vor, dass nach Vereinigung der doppelten Hasenscharte die Naht von unten durch den Rüssel fortwährend bearbeitet und schliesslich auf der einen Seite total durchtrennt wurde.

IV. Ein Fall von schräger Gesichtsspalte schliesst sich an die bekannten Beobachtungen dieser Art an und verweisen wir bezüglich der Details auf das Original. **H. Tillmanns** (Leipzig).

Reich. Die Refraction der Augen von 1259 Schülern und Schülerinnen in Tiflis.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1878. No. 31. p. 257.)

In den untersten Classen der Gymnasien fand R. 13 % Myopen, in den obersten bei den Knaben 71 %, bei den Mädchen 40 %; die entsprechenden Classen der Stadtschule lieferten 0 % und 21 % Myopen. Fast ausnahmlos waren unter den Armeniern und Georgiern bedeutend mehr Myopen, als unter den Russen, was der Angabe von Maklakow widerspricht. Verf. macht besonders auf die enorme Vermehrung der Myopen in dem philologischen Gymnasium aufmerksam.

Ausserdem hat er durch ophthalmoskopische Untersuchung das Resultat gewonnen, dass Myopie ohne jede sichtbare Aderhautveränderung an den verschiedenen Schulen in 49—75 % bestand, woraus R. den Schluss zieht, dass es für die Entwicklung der Myopie in vielen Fällen unstatthaft ist, die Verlängerung der Augenaxe von vorn nach hinten mit Dehnung der Sclera und Chorioidea als ursächliches Moment heranzuziehen. **Mögling** (Schwenningen).

Küttner. Beitrag zur Kenntniss der Kreislaufverhältnisse der Säugethierlunge. (Aus dem pathol.-anatom. Institut in Heidelberg.)

(Virch. Arch. Bd. LXXIII. p. 476—522.)

I. Anatomisches: Für die Pulmonal-Arterie eigenthümlich ist der Abgang feinster Gefässe aus relativ starken Stämmen, ein Verhältniss, welches sich an Injections-, besser noch an Corrosionspräparaten darstellen lässt. Schon makroskopisch sind die feinen Arterienwurzeln, welche sich aus dem grösseren Gefässe direct abzweigen, auf der Oberfläche desselben, feinen Härchen und Borsten ähnlich, erkennbar. Aus mikrometrischen Bestimmungen geht beispielsweise hervor, dass sich Reiserchen von 0,01—0,04 mm Durchmesser von einer Arterie, deren Lumen 0,619 mm beträgt, entwickeln. Die feinsten dieser Abzweigungen lösen sich sofort als Vasa vasorum auf, die stärkeren gehen zum Theil in das Capillarnetz des perivasculären oder peribronchialen Bindegewebes über und bilden hier analog der Capillar-Ausbreitung der übrigen Körperarterien weite Maschen und enge Gefässe; zum Theil aber verästeln sie sich in engen Maschen und weiten Gefässen in den Capillarbahnen der Alveolen.

Während directe Anastomosen zwischen den Zweigen der Lungenarterie nicht existiren, nimmt Verf. an, dass unter gewissen Bedingungen Verbindungen grösserer Zweige zu Stande kommen. Die unmittelbar aus den Arterien stammenden Capillaren sammeln sich nämlich nicht in jedem Fall zu Venenstämmchen, sondern hängen ihrerseits wieder mit Arterien zusammen und es gelingt leicht, diese kurzen, zwischen zwei Arterien eingefügten Capillarstrecken durch Injection zu füllen. Da also auf diese Weise, auch ohne dass sie präformirt existiren, Verbindungen zwischen den Zweigen der Arteria pulmonalis hergestellt werden können, und andrerseits ein directer anatomischer Zusammenhang mit dem Capillarnetz des subpleuralen, des interlobulären und des peribronchialen Bindegewebes besteht, so kann Verf. der Lungenarterie »den uneingeschränkten Typus einer sogenannten »Endarterie« nicht zuerkennen. Auch gelang es ihm, von der Pulmonalis aus eine vollständige Füllung der Gefässe der Bronchialwand bis in die subepitheliale Schicht hinein und von den Bronchialarterien aus, nach Unterbindung der Aorta ascendens und der Carotiden, Injection der Lunge zu erzielen.

Eine detaillirte Durchforschung der sämmtlichen übrigen Lungen-Gefässgebiete auf dem Wege der postmortalen Injection führte zu dem Schluss, dass die Bronchialarterien vorwiegend, aber nicht ausschliesslich als nutritive Gefässe für das subpleurale und interlobuläre Bindegewebe betrachtet werden dürfen, weil sie auch zu den Alveolen und zur Mucosa der Bronchien Aestchen entsenden, während die Aeste der Pulmonalarterie sich wesentlich und in ausgedehntester Weise zu den Alveolen und Infundibeln begeben, ausserdem die Bronchialschleimhaut versorgen und vereinzelte Zweige in das bindegewebige Gerüst der Lunge entsenden. Dasjenige Venenblut, welches aus den Infundibeln und der Bronchialschleimhaut abfliesst, geht in die Pulmonalvene, während die Bronchial-Venen den Capillarinhalt der äussern Schichten der Bronchialwand und des Bindegewebes in sich aufnehmen. Vom genetischen Standpunkt betrachtet, würden demnach die Plattenepithelien der Alveolen und die Cylinderepithelien der Bronchien, als Abkömmlinge des Drüsenblattes, von der Pulmonalis, die Abkömmlinge des Darmfaserblattes von den Bronchialarterien aus versorgt worden.

II. Experimentelles: Da somit Verf. auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen sich nicht in Einklang setzen konnte mit den Versuchsresultaten von Cohnheim und Litten (Virch. Arch. 65), aus deren physiologischen Injectionen hervorgegangen war, dass die Bronchialarterien dem Lungenparenchym kein Blut, selbst nicht bei Verschluss der Pulmonalwege, zuführen und dass die Verästelungen der Pulmonalarterie sich wie Endarterien verhalten, so wiederholte er, unter Modification der Anordnung, deren Experimente. Da nun in Lungen, bei denen der Hauptstamm der Art. pulm. unterbunden wurde, nach kurzer Zeit starke Blutüberfüllungen und hämorrhagische Infarcirungen zu Stande kommen und trotz gleichzeitiger Ligatur der Lungenvenen der Lunge reichlich Blut zugeführt wurde, da ferner durch Unterbindung der Lungenvenen der Abfluss des Blutes nicht hintangehalten werden konnte, so sieht sich Verf. veranlasst anzunehmen, dass ein Collateralkreislauf, sofort nach Unterbindung der Arteria pulmonalis, durch Erweiterung präexistirender Gefässe sich entwickelt und dass die Bronchialarterie aushelfend für die verlegte Pulmonalarterie eintritt. Unterbindung der Arteria pulmonalis und nachfolgende physiologische Injection mit giftfreiem Anilinblau ergab gegenüber Cohnheim und Litten, welche solche Lungen frei von Farbstoff fanden, das Vorhandensein geringer Mengen vereinzelter, mikroskopisch wahrnehmbarer Farbstoffpartikelchen, deren Herkunft nur den Bronchialarterien zugeschrieben werden kann. Auch zeigte die Bronchialschleimhaut auf Seite der unterbundenen Pulmonalis keine so lebhafte Injection, wie in der andern Lunge, ein Factum, das mit den anatomischen Erfahrungen K.'s übereinstimmt, nach welchen die Bronchialschleimhaut vorwiegend von der Lungenarterie aus ernährt wird. Da es endlich gelang, nach Ligatur von Lungen-Arterie und -Vene eine feine Zinnoberaufschlemmung von der Jugu-

laris aus in die unterbundenen Theile der genannten Gefässe zu infundiren, so kann nicht in Abrede gestellt werden, dass die Anordnungen der Capillarverzweigungen ein Ueberströmen des Blutes von einem Gefässbezirk in den anderen ermöglichen. — Nicht unberücksichtigt darf allerdings bleiben, dass die Infusionen sowohl mit Zinnober, als mit Anilinblau auf verhältnissmässig beträchtliche Zeiträume ausgedehnt wurden. **Lassar** (Berlin).

L. Gutsch. Ueber die Ursachen des Shokes nach Operationen in der Bauchhöhle.

Strassburger Inaug.-Dissert. 1878.

Ausser den von Wegner aufgestellten Todesursachen nach Ovariotomien sucht Verf. durch eine Reihe sehr sorgfältig ausgeführter Experimente zu zeigen, dass eine Anzahl von Patienten an der reflectorischen Paralyse in Folge der Insulte auf die äusserst zahlreichen Nervenausbreitungen des Bauchfells, am Shok im eigentlichen Sinne sterben.

Diese Versuche, welche im Laboratorium von Prof. Goltz stattfanden, wurden an Kaninchen ausgeführt und die verschiedenen Manipulationen, die nach Eröffnung der Bauchhöhle mit den Därmen vorgenommen wurden, in Hinsicht auf ihre Wirkung auf den Blutdruck geprüft. Die Experimente ergaben, dass jeder Reiz am Peritoneum, sowohl die Eröffnung desselben, als Insulte verschiedener Art auf die Eingeweide selber ausgeübt, Gefässlähmung im Gebiet der Nn. splanchnici bewirken und, sei es durch den Vagus oder den Sympathicus, reflectorisch den Blutdruck herabsetzen. Bei fortgesetztem Anbringen der Reize brauchen diese, um den gleichen Erfolg zu erzielen, um so geringfügiger zu sein, je länger die Bauchhöhle schon eröffnet und jemehr das Peritoneum schon insultirt ist. G. glaubt daher, dass die Abkühlung zwar für gefährlich, aber als directe Veranlassung der Erlahmung der Herz- und Respirationsthätigkeit und als Ursache etwa rasch eintretenden Todes nicht betrachtet werden könne. Denn in den Fällen, in denen durch alle möglichen Vorsichtsmassregeln die Abkühlung vermieden wird, der Tod aber trotzdem sehr schnell eintritt, ist derselbe bedingt durch die centralen Depressionen in Folge des operativen Eingriffs an sich, und der dabei nöthigen vielfachen und fortgesetzten Insulte auf die peripheren Endausbreitungen der nervösen Organe.

Zum Schluss wird noch über sechs Fälle von Ovarientumoren aus der Gusserow'schen Klinik berichtet.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

T. Keith. Results of ovariotomy before and after antisepts.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. II. p. 590.)

Von 1865—71 benutzte K. die Carbolsäure zum Reinigen der Instrumente, der Wundfläche, der sorgfältigen Reinigung der Bauch-

höhle, zum Reinigen der Wände und des Fussbodens des Operationszimmers; gebrauchte zu den Ligaturen feinste Seide oder Catgut; erneute die Zimmerluft durch Hindurchleiten heisser Dämpfe. Da die hierbei erreichten Resultate keinesfalls besser als die früheren bei Ovariotomien waren, so liess K. in den nächsten 5 Jahren die Carbolsäure ganz weg, operirte in der früheren Weise, hielt dabei auf reine Schwämme, stillte jede Blutung durch Ferr. cand. oder isolirte Ligatur mit feinster Seide, ging von der Klammer immer mehr ab, unterband den Stiel mit Catgut oder feinstem, weichen Eisendraht, benutzte aber nie dicke Seide und glaubt es dem letzten Umstande zuschreiben zu müssen, das Spencer-Wells von 157 Operirten, bei welcher der Stiel mit starken Seidenfäden ligirt worden, 38 %, nämlich 60 verlor, während er bei den ersten 50 mit dem Cauterium Behandelten nur 4, also 8 % verlor. Endlich machte er bei allen schwereren Operationen die Drainage mittelst starken Glasrohres, durch welches sich mitunter einige Pinten Flüssigkeit entleerten. Während K. beim ersten Hundert 17 Pat. verlor, betrug der Verlust bei den letzten 26 ohne Spray Operirten nur 1 Pat. mit malignem Tumor, von den 94 in den letzten 4 Jahren (ohne Spray) Operirten, darunter 8 doppelseitige Ovariotomieen, starben 9, darunter 3 mit malignen Tumoren, 1 mit Darmverschluss, 1 durch chronisches Nierenleiden. Von diesen 94 Pat. wurden 70 im Hospitale mit 5 % Mortalität operirt. Neuerdings gab Spencer-Wells an, dass nach brieflicher Mittheilung einige deutsche Ovariotomisten (Olshausen, Schröder, Esmarch, Hegar), welche vorher von 65 Operirten 33 Pat. verloren, jetzt, nachdem sie unter antiseptischen Cautelen operirt und behandelt hätten, nur von 155 33 verloren hätten. Den Grund, warum die deutschen Operateure bei einer Operation, die keine besondere Geschicklichkeit verlange, trotz antiseptischer Behandlung weniger gute Resultate als er aufzuweisen haben, findet Keith darin, dass er 1) in schweren Fällen Drainage anwendet, 2) dass er den Stiel mittelst Cauterium nach Baker-Brown behandelt, eine Methode, die von den Londoner Ovariotomisten nicht genügend gewürdigt sei, 3) dass er Köberle's Compressions-Zangen gebraucht, endlich, dass er zur Narkose den keine Brechneigung bewirkenden Aether benutze. Seit er nun streng nach Lister'schen antiseptischen Principien mit Carbolspray operirt, seit 1877, hat er von 59 Ovariotomirten nur 2 verloren, die letzten 51 sind sämmtlich genesen. Die anfängliche Besorgniss vor dem Spray liess ihn schnell operiren, es mit der Blutstillung nicht so genau nehmen etc., jetzt ist die Sorge gewichen und Blutstillung, Toilette des Bauchfells etc. wird ebenso sorgfältig wie früher ausgeführt.

Unter diesen 59 Operirten hatten 30 % nicht adhärente und viele nicht zu grosse Tumoren. Seit K. antiseptisch operirt und behandelt, findet er, dass die Temperatur die ersten 8—10 Stunden nach der Operation ansteigt, am nächsten Morgen sinkt, um sich nach weiterem 34 stündigen Ansteigen auf die normale Höhe zu begeben, wenn nicht etwa Ligaturen im Stiele liegen, zu welchen er nur Catgut

und Eisendraht verwendet. Zum Verbande benutzt er 8—10 fache Lage von Gaze in 8% Carbolglycerin getaucht; wenn kein Glasdrain eingelegt ist, dann bleibt der erste Verband 1 Woche und länger liegen, in der 2. Woche können die Pat. aufstehen, in der 3. Woche entlassen werden; bei den antiseptisch Behandelten war durchweg die Reconvalescenz eine schnellere, die Pat. schliefen besser und wurden nicht von Flatus belästigt, wie K. es früher beobachtete. Nur 3 Pat. hatten abnorm hohe Temperatur, 103—106° F. 2 litten an geborstenen Cysten mit starken Verwachsungen. Die von andern Operateuren vielfach gesehene Hyperexie war Verf. auch bei den früheren Operationen fast nie begegnet.

Wie in den früheren Tabellen sind die antiseptischen Operationen einzeln, mit Bemerkungen aufgeführt.

Dieser Tabelle entnehmen wir: von 59 Pat. standen im Alter von 10—20 Jahren 5, von 21—30 Jahren 10, von 31—40 Jahren 5, von 41—50 Jahren 5, von 51—60 Jahren 17, von 61—70 Jahren 6, die älteste Person war 75 Jahr alt. Die entfernten Geschwülste wogen 2 Mal 8 Pfund, 17 Mal 10—19 Pfund, 15 Mal 20—29 Pfund, 5 Mal 30—39 Pfund, 4 Mal 40—45 Pfund, 1 Mal 55 Pfund, 2 Mal 60 Pfund, 1 Mal 95 Pfund. 2 Mal wurden beide Ovarien entfernt.

Die Anwendungsdauer des Carbolsprays betrug in den wenigsten Fällen unter 1/2 Stunde, 20 Mal über 1 Stunde, 2 Mal 2 Stunden, 1 Mal 3 1/2 Stunde. Es scheint, als ob eine langdauernde Benützung des Sprays eine anfänglich stärkere Depression zur Folge hat. Schliesslich gedenkt K. noch des üblen Umstandes, dass in einem Viertel seiner Todesfälle maligne Tumoren vorhanden waren und die Mehrzahl der nach Hause geheilt Zurückgekehrten, welche dort starben, an einer Carcinose zu Grunde gingen. Jetzt seien wir durch Foulis' Untersuchungen in den Stand gesetzt, diese Fälle vor der Operation zu erkennen, da stets die charakteristischen proliferirenden Zellengruppen in der durch Punction entleerten Ascites-Flüssigkeit mikroskopisch nachzuweisen seien. — Somit gewinnen wir durch Einführung der Antiseptik bei der Ovariotomie 1) geringe Sterblichkeit, 2) den Muth, recht früh zu operiren, 3) die Drainage kann häufiger als früher umgangen werden, 4) die Reconvalescenz ist leichter und schneller.

Pilz (Stettin).

P. Grawitz. Ueber die Ursachen der angebornen Hüftgelenksverrenkungen.

(Virch. Arch. Bd. LXXIV. p. 1—14.)

Dollinger (in Langenbeck's Arch. Bd. XX. p. 622) verlegt den anatomischen Sitz der Missbildung in den Yförmigen Knorpel, welcher den drei in dem Acetabulum zusammenstossenden Abschnitten des Darm-, Scham- und Sitzbeinastes angehört. In Uebereinstimmung hiermit hat G. durch anatomische Untersuchung von sieben Fällen Neugeborener den Beweis geliefert, dass die Ursache

der Luxation auf einer Bildungshemmung in dem genannten Knorpel beruht, während gleichzeitig das Wachsthum des betreffenden Schenkelkopfes gar keine oder doch nur unbedeutende Hinderung erlitten hat. Bleiben in Folge einer Bildungshemmung, welche den Pfannenknorpel und den Schenkelkopf gleichmässig trifft, beide im Wachsthum zurück, so tritt keine Luxation ein. Die Annahme einer Synostose oder einer fötalen Gelenkentzündung wurde durch keinen einzigen der untersuchten Fälle unterstützt.

Histologisch stellte sich die Hemmungsbildung im Knorpel am frappantesten an der Knochenknorpelgrenze dar, indem hier die normalen Proliferationszonen im Vergleich zu intacten Becken viel dürftiger gebildet waren; die Zellen lagen in grösseren Zwischenräumen und die Höhe der reihenförmig über einander gestellten Zellenlagen in der Nähe der Ossificationslinie betrug nur den dritten oder vierten Theil des Normalen. In einigen Fällen fehlte über der Verkalkungszone jedwede besondere Zellenordnung, in anderen wurde die Zone der provisorischen Kalkablagerung in der hyalinen Zwischensubstanz vermisst, und der Knorpel bot das Bild eines in Degeneration begriffenen Gewebes, die histologischen Elemente waren undeutlich geworden und die Zellhöhlen mit Fetttröpfchen angefüllt.

Lassar (Berlin).

W. M. Baker. On the formation of synovial cysts in the leg in conection with disease of the knee-joint.

(Barthol.-Hospital-Reports 1878. p. 245.)

Verf. berichtet unter vorstehendem Titel ausführlich über 8 Fälle von Cysten in der Wadengegend, welche im Zusammenhang mit einem erkrankten Kniegelenke standen; die Amputation hatte in einem Falle, in welchem es zur Luxation des Unterschenkels gekommen war, dieses vorher dunkle Verhalten klar gelegt; weiteren anatomischen Untersuchungen bleibt es vorbehalten, den Weg anzugeben, welchen diese Cystenflüssigkeit nimmt. Wormald glaubte, dass die Kniegelenkskapsel am dünnsten dort ist, wo die Sehne des M. politeus dieselbe umfasst; nach Holden soll unter dieser Sehne ein, oft mit dem Kniegelenke communicirender Schleimbeutel liegen; vielleicht bildet diese Sehne den Wegweiser für die austretende Synovialflüssigkeit. In einigen Fällen bestand sicher ein Zusammenhang zwischen Kniegelenk und Schleimbeutel, dessen ausgedehnte Wandung endlich nachgiebt und die Synovia austreten lässt. Wurde in den beobachteten Fällen der Zusammenhang nicht mehr erkannt, so lag es wohl daran, dass sie erst zur Beobachtung kamen, als die Bursa schon geplatzt war. Schliesslich resumirt B. das Resultat seiner Beobachtungen in folgenden Sätzen:

1) Die Synovitis des Kniegelenks, besonders wenn verbunden mit primärer Osteo-arthritis, kann bei hohem Druck Synovia austreten lassen und durch Ausdehnung benachbarter Theile eine kleinere oder grössere Synovialcyste bilden.

2) Diese neugebildete Synovialcyste kann einnehmen, 1) die Kniekehlengegend und die obere Partie der Wade, 2) nur die Wadengegend, dann an ihrer inneren Partie stärker prominirend, 3) sie kann liegen lediglich an der oberen, inneren Fläche des Unterschenkels. —

3) Selbst wenn die Cyste gross ist, kann die Verbindung mit dem Kniegelenke durch Fluctuation nicht immer nachgewiesen werden.

4) Nach kürzerer oder längerer Zeit kann die Cyste ohne nachweisbare Veränderung der Theile verschwinden.

5) Man stehe von Punction der Cyste ab, um einer eventuellen acuten Entzündung des Kniegelenks aus dem Wege zu gehen.

6) Hat die Kniegelenksaffection auch schon längere Zeit bestanden, so wird doch oft erst durch die gebildete Cyste die Aufmerksamkeit darauf gelenkt. **Pilz** (Stettin).

A. H. Nichols. Spontaneous rupture of the plantaris longus.
(Bost. med. and surg. Journ. 1878. Vol. II. p. 257.)

Der 50jährige corpulente Mann fühlte plötzlich beim Gehen einen heftigen Schmerz und dass unter hörbarem Knacken etwas in der Wade nachgab; er glaubte, er sei von einem Steine getroffen, ging noch eine kurze Strecke, musste dann einen Stock zu Hülfe nehmen und schliesslich mit einem Miethswagen nach Hause fahren. Die Untersuchung ergab: verbreiteten Blutaustritt von dem oberen Drittel der Wade bis zur Achillessehne abwärts, im Gastrocnemius und Soleus war keine Continuitätstrennung nachweisbar, nach 14 Tagen konnte Pat. wieder etwas gehen; ein Monat lang war die Function des Beines beeinträchtigt. Ueber die in Rede stehende Affection, welche seltener als die Abreissung des Muskels an der Sehne erfolgt, schrieb Callisen eine Abhandlung; nach ihm berichtete Faques und dann erst Wardrop 1815, welcher glaubte der erste gewesen zu sein, der über Ruptur des M. gastrocnemius Mittheilungen gemacht habe. Nach Erichsen betrifft die Ruptur der Muskeln der Häufigkeit nach M. gastrocnemius, rectus femoris, triceps brach.; biceps brach., deltoideus, rectus abdom. Die Verletzungen sind nicht gefährlich und heilen in kurzer Zeit. In der Discussion entgegnet Cotting, dass diese Unfälle nach Spitalberichten zu urtheilen nicht so selten seien, als man gewöhnlich annimmt, und dass Warren einen Fall von Ruptur des plantaris long. bei einem Manne sah, der auf ein Pferd springen wollte. **Pilz** (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

H. v. Hebra. Demonstration eines Falles von Molluscum fibrosum.
(Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 8. März 1878.)
(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 11.)

H. demonstrirt eine 55jährige Pat., bei welcher das Leiden seit dem 26. Jahre sich entwickelt. Die Geschwülste sitzen besonders an Hals und Unterleib, sind aber auch an Brust, Rücken und Oberschenkeln beträchtlich entwickelt, sind Hanf-

korn- bis Haselnussgross und zeigen an einzelnen Stellen die Form des M. pendulum.

Die Geschwulst stellt wesentlich eine Aussackung der Lederhaut dar, dadurch entstanden, dass neugebildetes, gallertartiges Bindegewebe sich in den tieferen Maschenräumen der Lederhaut entwickelt und die Haut nach vorne drängt. Der Tumor ist aus seiner Umhüllung ausschälbar. **v. Mosengeil** (Bonn).

Wölfler. Ein Lipom von seltener Grösse. Exstirpation. Heilung.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 11.)

Ein 71jähriger Mann besass ein seit 30 Jahren bestehendes Lipom, das nach der Exstirpation $1/2$ Ctr. wog. Es ging vom Nacken und besonders der linken Schulter aus und hing bis über die Nates herab. Gefässe von der Dicke der Brachialarterie liefen in die Geschwulst. Die Blutleere wurde vor der Operation durch Einwickeln mittelst 4 Esmarch'scher Binden hergestellt und ein fester Schlauch um den Stiel gelegt, nachdem seine Lage durch vorher eingeschobene Nadeln gesichert worden. Unter antiseptischen Cautelen verliefen Operation und Heilung auf das Beste. Während der Heilung trat eine Spontangangrän am rechten Fusse ein, welche später eine supramalleoläre Amputation nöthig machte.

v. Mosengeil (Bonn).

Masing. Zur Casuistik der Nervendehnung.

(St. Petersb. med. Wochenschrift 1878. No. 34. p. 282.)

Bei einem 37jährigen Arbeiter mit 7jährigem neuralgischem Uebel werden in einer Sitzung beide Nerv. ischiad. gedehnt und nach 2 Monaten der linke Cruralnerv. Der Erfolg war in jeder Hinsicht über Erwarten günstig; dagegen ergiebt die Dehnung des Nerv. ischiad. sin. bei einem 12jährigen Knaben, welcher seine Neuralgie durch eine schwere Distorsio pedis acquirirt hatte, so gut wie keine Besserung. Da im ersten Fall eine Miterkrankung des Rückenmarks mehr als wahrscheinlich war, während im zweiten eine rein periphere Erkrankung vorlag, hatte Verf. eher eine umgekehrte Wirkung erwartet. **Mögling** (Schwenningen).

Mayo Robson. Skin dropsy.

(Med. times and gaz. 1878. Juli 6.)

Verf. berichtet über mehrere Fälle von ziemlich acut auftretendem allgemeinem Anasarka bei weiblichen Dienstboten ohne Nieren-, Herz- oder Lungenerkrankung. Bei sämmtlichen Pat. war eine Erkältung vorausgegangen, das Allgemeinbefinden war beeinträchtigt, die Temperatur etwas erhöht. Die Dauer der Affection betrug etwa eine Woche. In einem fünften Falle bestand ein solches Oedem mehrere Jahre lang, ohne dass eine Affection der Nieren, Lungen oder des Herzens hätte nachgewiesen werden können, und zwar bei einer verheiratheten Frau, die gleichfalls häufigen Erkältungen und Durchnässungen ausgesetzt gewesen war.

Verf. glaubt, dass es sich hier um eine Erkrankung der Schweissdrüsen handelt, die zusammengenommen ja einen sehr ausgedehnten secretorischen Apparat bilden und in ihrer Structur und Function den Nieren sehr nahe stehen; er glaubt, dass bei den oben erwähnten Pat. die Gewohnheit, Hals und Arme nackt zu tragen, zu einer Erkrankung der »Hautdrüse« disponirt habe.

H. Wildt (Berlin).

J. Radek. Pneumothorax ambilateralis.

(Przcgląd lekarski 1878. No. 22 [polnisch.])

Bei einer 26jährigen Frauensperson wurde mehrere Male vom rechten Unterschenkel ein von der Fascie ausgehender und unter dem Mikroskope als Melanosarkoma erkannter Tumor von der Grösse eines Gänseeies im Verlaufe von 4 Jahren exstirpirt. Jedesmal heilte die Operationswunde schnell — nur waren die vom Recidiv freien Intervalle jedes Mal kleiner. Bei der letzten Operation wurde

der Pat. die Ablatio cruris vorgeschlagen, doch von ihr nicht angenommen und musste man deshalb bis tief in den Knochen vordringen und mit scharfen Löffeln arbeiten. Der allgemeine Zustand war vor der Operation gut. Mehrere Tage nach der Operation Seitenstechen und Athembeklemmung, ohne physikalische Symptome. Trotz eingeleiteter Therapie kein Nachlass. Auch die andere Seite wurde befallen. Sechs Wochen nach der Operation trat plötzlich grosse Athemnoth auf und bei der Untersuchung wurde beiderseitiger Pneumothorax constatirt. Tod nach 21 Tagen. Die Section wies beiderseitigen Pneumothorax und secundäre Sarcomknoten nach; die Pleura war unverändert. **Obaliński** (Krakau).

Breus. Ueber einen innerhalb des Venensystems bis in das Herz gewucherten Hodentumor.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 28.)

Bei einem 40jährigen Schlosser führte ein Tumor, der im Hoden entstanden war, schnell zum Tode. Die Neubildung war vom Hoden in den Plexus pampiniformis eingetreten und innerhalb der stark erweiterten Venen in das rechte Herz gewuchert, von wo sie durch das Foramen ovale auch in das linke gelangte und Circulationsstörungen intensivster Art veranlasste. Unter dem Einflusse dieser, sowie einiger Metastasen in den Lungen erlag der Pat. Die mikroskopische Analyse ergab ein Myxom mit eingelagerten Drüsenschläuchen und Cysten. Mit Ausnahme der Partie im Herzen zeigte die ganze Geschwulst bedeutende Vascularisation. Innerhalb der Blutgefässe war reichlichste Wucherung, im Hoden selbst, dessen straffe Wandungen die Ausdehnung und Erweiterung hinderten, dürftiges Wachsthum zu constatiren. Hinsichtlich der Bemerkungen, welche Verf. über den Weg macht, auf welchem die Geschwulst in das Gefässsystem und wie sie durch das wiedereröffnete Foramen ovale aus einem Herzen in das andere gelangte, ist auf das Original zu verweisen. **v. Mosengeil** (Bonn).

G. H. Bixby. A case of sub-mucous uterine fibroid treated by electrolysis.

(Bost. med. and surg. Journ. 1878. Vol. II. p. 300.)

Die 45jährige Frau bemerkte seit 6 Jahren eine Anschwellung in der rechten Unterbauchgegend; seit 2 Jahren wurden die Menses immer reichlicher und länger als 15 Tage dauernd und es gesellten sich Reizerscheinungen von Seiten des Magens und allgemeine Depression hinzu. Der neben der Mittellinie gelegene rundliche, kindskopfgrosse, bewegliche Tumor hing mit dem Gebärmuttergrunde zusammen und konnte bis zum Cervix uteri hin verfolgt werden und wurde als submucöses Fibroid angesehen. Ergotin subcutan hatte anfangs keinen Effect, in Suppositorien in den Mastdarm applicirt, bewirkte es heftige, unerträgliche Zusammenziehungen der Gebärmutter; deshalb wurde der Versuch mit Electrolyse gemacht. In der Narkose applicirte man die eine Electrode in die Geschwulstmasse, die andere auf's Abdomen. Der Strom (von 15—18 Elem.) wurde 10 Minuten lang angewandt; der Puls sank von 70 auf 50. Am folgenden Tage trat leichte peritonitische Reizung ein, von da ab schnelle Genesung. Die in längeren Zwischenräumen auftretenden schmerzlosen Menses dauerten wenige Tage und waren nicht mehr reichlich; das Allgemeinbefinden war erheblich gebessert und 6 Monate nach der Operation war das Fibroid in allen Dimensionen verkleinert und reichte nur 2″ unter den Nabel. **Pilz** (Stettin).

T. Spencer Wells. The successful removal of a solid uterine fibroma.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 674.)

Das 36jährige Fräulein zeigte den Unterleib beiderseits bis zu den Rippen durch eine feste Geschwulst ausgefüllt, die Vagina war theilweise prolabirt, der Gebärmutterhals konnte nicht gefühlt werden. 1868 wurde zuerst eine kleine Ge-

schwulst im Abdomen bemerkt, dieselbe wuchs im Jahre 1877 sehr schnell. Probe-Incision. Fibroid hinten und unten verwachsen; Blase lag sehr hoch, ebenso der normale Uterus. Es musste abgetrennt werden: das adhärente Netz, links etwas Mesenterium; die Geschwulst liess sich ohne Messer aus den beiden Platten des rechten breiten Mutterbandes ausschälen, das Messer musste nachhelfen am Uterus und am Rectum; da die rechte Tuba Fallop. verletzt worden, so wurde dieselbe mit dem normalen Ovarium entfernt; genaue Naht der beiden Platten des rechten breiten Mutterbandes; Schluss der Bauchwunde.

Während der Operation war Thymol-Spray angewandt worden und Schwämme, in warme Thymollösung getaucht, wurden auf die freigewordenen Eingeweide gelegt; Pat. war nach der Operation, die eine Stunde gedauert, sehr kühl.

Temperatur im Verlaufe selten 99°, 1 Mal 101°; die äusseren Lagen der Thymolgaze wurden nie durchfeuchtet, der erste Verband am 6. Tage gewechselt, die 25 Nähte der Bauchwunde konnten entfernt werden, nur 2 weitere Verbände wurden noch gebraucht. Der Tumor, ein Fibrom, mass im grössten Umfange 57″, im kleinsten 52″ und wog 68 Pfund 6 Unzen; nur an einzelnen Stellen fanden sich glatte Muskelfasern in ihm. Pat. wird nach 1 Monat geheilt entlassen. Der Uterus hatte seine normale Stellung wieder eingenommen. **Pilz** (Stettin).

Kocks (Bonn). Totale Exstirpation eines carcinomatösen Uterus, sowie der dabei vorgefundenen 3 Ovarien.

(Correspondenzbl. der ärztlichen Vereine in Rheinl. etc. 1878. No. 22, p. 26.)

Eine 39jährige, bisher völlig gesunde Frau zeigte den Cervix uteri von carcinomatöser Wucherung ausgefüllt. Der Rand der Portio vaginalis war noch allenthalben etwa 1 cm breit ganz gesund. Drüsenschwellungen fehlten sowohl in der Leiste, als, so weit erkennbar, im Innern des Abdomen. R. entschloss sich, nachdem die mikroskopische Untersuchung von Geschwulstpartien die Diagnose »Carcinoma« gesichert hatte, zur totalen Exstirpation des Uterus vom Abdomen her. Antiseptische Cautelen, Spray, carbolisirte Seide für die Unterbindungen. Pat. wurde mit erhöhtem Becken gelagert, so dass nach der Eröffnung des Leibes die Eingeweide zwerchfellwärts fielen. Nachdem der Uterus emporgehoben und in einer starken Krückenzange gefasst war, wurden in der Richtung von oben nach unten beiderseits die Tube und das Ligamentum ovarii, das Ligamentum rotundum und durch das Scheidengewölbe hindurch die Basis des Ligament. latum, sammt dessen mittlerem Abschnitt, mittelst starker Seidenfäden doppelt unterbunden. Um die Gefahr der Durchstechung der Harnblase bei der Anlegung der letzterwähnten Ligaturen zu vermeiden, wurde hierbei und ebenso bei der späteren Ablösung derselben vom Uterus der Zeigefinger der linken Hand nach Erweiterung der Urethra in die Blase eingeführt. Dann wurden das linke und rechte Ovarium exstirpirt, ebenso ein drittes im linken Ligamentum latum, als haselnussgrosser Körper entdecktes Ovarium. Dann wurde die Harnblase, die in grosser Ausdehnung mit der vorderen Uterusfläche cohärirte, abgelöst. Bei Ablösung des Rectum von der hinteren Lippe ging der Zeigefinger wie vorher von der Blase, hier von der Scheide dem Messer her entgegen. Die Blutung war nicht beträchtlich. Nachdem die Toilette des Peritoneum gemacht war, wurden die Unterbindungsfäden durch die Scheide nach aussen geführt und die Wundränder des Bauchfells durch sehr feine Fäden quergeschlossen. Schluss der Bauchwunde. Bedeckung des Leibes mit Salicylwatte. Rasche Heilung. Höchste Temperatur 38,3. Pat. verlässt am 14. Tage nach der Operation das Bett. **Madelung** (Bonn).

Korczyński. Ein Fall von Darmverschluss, geheilt durch Anwendung des inducirten Stromes.

(Przegląd lekarski 1878. No. 39.)

Ein 42jähriger, sonst gesunder Bäckergehilfe litt seit 10 Jahren an linksseitigem und seit 2 Jahren an rechtsseitigem Inguinalbruch, der ihm weder Schmerzen noch

andere Nachtheile bereitete, bis er in den letzten Wochen vor der Erkrankung ein Bruchband zu tragen anfing — das er jedoch wegen Druck oft während der Arbeit abnahm. Nach einer kurzdauernden, vorübergehenden, mit Schmerzen im Epigastrium und Erbrechen verbundenen Erkrankung folgte 8 Tage später eine zweite, die jedoch nicht bald wich, sondern am anderen Tage sich steigerte und Pat. veranlasste, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen. Es wurde Darmverschluss und zwar im Dünndarme diagnosticirt und sowohl Einklemmung der freien Hernien, wie auch Massenreduction ausgeschlossen. Ausgiebige Hegar'sche Klysmen und Ol. Ric. blieben fruchtlos. Am vierten Tage steigerten sich die Einklemmungssymptome so sehr, dass beschlossen wurde, am anderen Tage die Laparotomie vorzunehmen. Es wurde aber noch der Inductionsstrom versucht. Bei erster oberflächlicher Application: Tenesmus, doch kein Stuhl. Bei der zweiten Anwendung laute Darmgeräusche, — nach der dritten internen Anwendung Abgang von Winden. Auf die vierte Anwendung folgte eine geringe Darmentleerung und grosse Erleichterung; — Tags darauf 4 Stühle auf Ol. Ricini.

Obaliński (Krakau).

Weinlechner. Ueber Fremdkörper in der Harnröhre und Blase und deren Entfernung.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 12, 13 und 14.)

Verf. giebt in kurzer und prägnanter Form das Wissenswertheste über das in der Ueberschrift genannte Thema. Illustrirende Krankenberichte sind eingefügt. Besonders hervorzuheben sind die beim Weibe durch »Simonisirung« der Urethra (wie Verf. recht bezeichnend die schnelle Dilatation nach Simon's Methode nennt) auszuführenden Extractionen. Neues ist in der Arbeit nicht vorhanden.

v. Mosengeil (Bonn).

Gersuny. Ein dauernd geheilter Fall von Carcinoma recti.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 26.)

Da das Carcinoma recti im Allgemeinen zu den prognostisch ungünstigsten gehört, darf ein Fall, der 1 Jahr und 4 Monate nach der Operation noch frei von Recidiven ist, Interesse beanspruchen. Bei einer 63jährigen Frau war seit etwa Jahresfrist ein Carcinom des Mastdarmes enstanden. Es sass unten und erstreckte sich von der äusseren Hautgrenze 5 cm noch ringförmig in die Höhe, war sonst beweglich, nur mit der hinteren Wand der Scheide verwachsen. Die Exstirpation musste mit einer beträchtlichen Excision in der Dammgegend erfolgen; das Darmrohr ward an die äussere Haut genäht; eine kleine Mastdarmscheidenfistel blieb; die Defäcation ging aber jeden Morgen gut von Statten. so dass Pat. trotz des etwas mangelhaften Schlussapparates keine Beschwerden davon hatte.

v. Mosengeil (Bonn).

Bourienne. Hernie crurale. Absence complète de sac. Ouverture de l'intestin. Guérison.

(L'Année médicale Bd. III. Hft. 2. 1878.)

Bei einem 50jährigen magern, dyspnoetischen Fräulein, welches eines Tages mehr leidend wie gewöhnlich, Erbrechen mit Ohnmacht und aufgetriebenen Leib zeigt, findet der Hausarzt eine kleine, rechtsseitige irreponible Cruralhernie. Da der Puls klein, Lavements wenig Erfolg haben und das Erbrechen fortbesteht, wird vom Verf. die Herniotomie gemacht, die nach Trennung von Haut, Fascie und mehreren Zellgewebslagen sofort auf ein zartes, bei leichten Incisionen stark blutendes Gewebe vordringt — den glücklicherweise allseitig fixirten Dünndarm, der incidirt wurde. Der künstliche After bestand 2 Monate; die Pat. genas.

Pauly (Posen).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 50. Sonnabend, den 14. December. 1878.

G. Schwalbe. Ueber den Gudden'schen Markirversuch und seine Bedeutung für die Lehre vom Knochenwachsthum.

(Sitzungsberichte der Jenaischen Gesellschaft für Medicin und Naturwissenschaft Jahrg. 1878. Sitzung vom 10. Mai.)

Bekanntlich theilte Gudden vor einigen Jahren gelegentlich seiner experimentellen Untersuchungen über das Schädelwachsthum (München 1874. 4°. p. 25—27) ein Experiment mit, mittelst dessen er das Vorkommen eines interstitiellen Knochenwachsthums neben dem appositionellen wenigstens für die Knochen des Schädeldaches glaubte beweisen zu können. Er bohrte in das Scheitelbein 3 Tage alter Kaninchen »mit schwebender dreieckiger nicht zu feiner Stahlspitze durch Drehung um die Axe kreisrunde Marken« und constatirte nach einiger Zeit (8 Tage bis 3 Wochen), dass diese Marken eine grössere Entfernung von einander erkennen liessen, als bei der Anstellung des Versuchs. Das Auseinanderrücken betrug um so mehr, je länger die

Thiere gelebt hatten, je grösser ferner der ursprüngliche Abstand gewesen war und zeigte sich bei Löchern, die in sagittaler Richtung gebohrt waren, bedeutender, als bei frontaler Anordnung der Oeffnungen. Das Maximum des Auseinanderrückens betrug nach 3 Wochen bei sagittal gestellten Löchern 2,7 mm, während bei derselben Anordnung nach 8 Tagen im Maximum eine Zunahme des Abstandes von 1,7 mm constatirt werden konnte. Da die Oeffnungen nicht durch eine Naht von einander getrennt waren, so glaubt Gudden das Auseinanderrücken nur auf ein interstitielles Wachsthum beziehen zu können.

Sch. hat bereits in seiner interessanten Arbeit über die Ernährungscanäle der Knochen und das Knochenwachsthum (Zeitschr. für Anatomie und Entwicklungsgeschichte I. p. 348) die Resultate der Gudden'schen Experimente in anderer Weise zu erklären versucht, indem er darauf aufmerksam machte, dass in den Knochen gebohrte Löcher beim weiteren Wachsthum in Folge der Verschiebungen des Periosts mit ihrer äusseren Oeffnung nach den sie beeinflussenden Epiphysen resp. Nahträndern verschoben werden müssen, dass eben derartige Löcher Ernährungscanäle imitiren und sich beim Wachsthum der Knochen ebenso verhalten, wie diese. Somit lässt sich aus dem Gudden'schen Versuch nicht ohne Weiteres ein interstitielles Knochenwachsthum beweisen.

Aber abgesehen von diesen periostalen Verschiebungen, welche selbst die grösste von Gudden beobachtete Entfernungszunahme von 2,7 mm genügend erklärt, zeigt nun Sch. neuerdings in der überzeugendsten Weise, dass Gudden und Wolff in gleicher Weise einen Messungsfehler begangen haben. Beide haben die Entfernung der Löcher mit dem Zirkel gemessen. Nun ist aber das Parietale neugeborener Kaninchen (Gudden experimentirte an 3 Tage alten) ganz ansehnlich gewölbt, während die Wölbung beim weiteren Wachsthum rasch abnimmt. Bei 4 Wochen alten Thieren ist in geringer Entfernung neben der Sagittalnaht schon nahezu eine ebene Fläche vorhanden. Es geht daraus hervor, dass zu dieser Zeit etwas ganz anderes gemessen wird, als bei 3tägigen Thieren. Bei letzteren wird die Sehne gemessen, bei den 4wöchentlichen und älteren Thieren der Bogen, da derselbe hier bereits so schwach gekrümmt ist, dass er durch gewöhnliche Messung nicht mehr von der durch Aufsetzen der Zirkelspitzen gemessenen Sehne sich unterscheidet. Hieraus ergeben sich Differenzen für ein und dieselbe Strecke des Schädeldaches, wie Messungen von Sch. ergaben. Und gerade an der Stelle, an welcher Gudden und Wolff die sagittal gestellten Bohrlöcher angebracht hatten, d. h. in geringer Entfernung neben der Sagittalnaht findet eine viel auffallendere Abflachung statt, als sie die Sagittalnaht erleidet. —

In Uebereinstimmung mit diesen Thatsachen erhielt Sch. bei Anstellung des Gudden'schen Experimentes am Schädel älterer Kaninchen (3—5 Wochen) in 7 Fällen gar keine oder nur geringe Abstandsvergrösserung, die so gering ist, dass sie innerhalb der Grenzen

der Messungsfehler liegt. Von den 7 Versuchen an der Tibia gilt nahezu dasselbe. Die hier auftretenden Distanzzunahmen Gudden'scher Bohrlöcher sind entweder so gering, dass sie auf Messungsfehlern beruhen können oder sich in der schon von Sch. in seiner früheren Arbeit über Ernährungscanäle mitgetheilten Weise erklären, d. h. sie ergeben sich aus den während des periostalen Wachsthums nothwendig eintretenden Verschiebungen der äusseren Mündung der Bohrlöcher nach den Epiphysen zu. **H. Tillmanns** (Leipzig).

Klebs[1]). Ueber Syphilis-Impfung bei Thieren und über die Natur des syphilitischen Contagiums.

(Prager med. Wochenschrift 1878. No. 41.)

K. benutzte zu seinen Impfversuchen mit syphilitischem Krankheitsstoff nicht nur übertragene körperliche Theile eines kranken Organismus, sondern auch pilzliche Organismen, die sich aus solchen entwickeln; er fand bei Culturversuchen, die mit Stücken aus frisch exstirpirten Hunter'schen Knoten und primär indurirten Geschwüren auf Hausenblasengallerte angestellt wurden, dass sich nach wenigen Tagen bei der mikroskopischen Untersuchung ringförmig um das Gewebsstück sich entwickelnde Pilzrasen erkennen liessen, die in Form von Stäbchen zuerst lebhaft beweglich waren und sich dann zu Ballen von länglich ovaler Gestalt anordneten. Von zahlreichen Versuchen hebt K. zwei an Affen hervor. Er injicirte bei einem Thiere an 2 Körperstellen subcutan geringe Mengen aus einer der oben erwähnten Culturen. Der Affe bekam nach circa 6 Wochen unreine, indurirte, mit syphilitischen übereinstimmende Geschwüre in der Mundhöhle und auch die Section des Thieres ergab syphilitische Affectionen zwischen Dura mater und Schädeldach, sowie der Lungen. Ein Gleiches war bei einer Aeffin der Fall, die direct mit Theilen eines frisch exstirpirten Hunter'schen Knotens subcutan geimpft war. Es bildeten sich Papeln am Kopfe und Halse, sowie im Gesicht aus und die Section ergab einen ähnlichen Befund, wie bei dem ersten Falle. Ferner ergaben Objecte, die dem Körper der Aeffin sofort nach dem Tode entnommen wurden, namentlich Blut, in geeigneter Culturvorrichtung, in wenig Tagen Pilzentwicklungen, die den in dem ersten Falle zur Impfung benutzten in hohem Grade ähnlich waren. K. erkennt in diesen Pilzformen die eigentliche Ursache der syphilitischen Erkrankungen und schlägt für dieselben den Namen Helico-Monaden vor.

Urlichs (Würzburg).

---

[1]) Vortrag, gehalten bei der 51. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Volkmann und **Kraske.** Vorläufiger Bericht über die innerhalb der 3 letzten Jahre in der chirurgischen Klinik zu Halle mit Hülfe der antiseptischen Methode behandelten schweren Operationen und schweren Verletzungen.

(VI. Congress der deutschen Gesellsch. für Chir.)

Der Bericht umfasst die Amputationen der grossen Gliedmassen, die Resectionen, Mammaamputationen, Hydrocelenschnitte, die complicirten Fracturen und penetrirenden Gelenkwunden. —

Es wurden im Ganzen 183 (Exarticulationen und) Amputationen an 172 Kranken ausgeführt (Finger, Zehen und partielle Handamputationen sind nicht gerechnet).

Davon waren nicht complicirt 139 mit 4 Todesfällen = 2,87 %; und zwar starb eine traumat. Humerus- und eine traumat. Hüft-Exarticulation je 4 Stunden nach der Operation, eine Unterschenkelamputation starb an habituellem Erysipel, eine traumatische Femuramputation (unter 42 ausgeführten), bei der die Verletzung bis über die Hinterbacken hinaufreichte, starb nach 24 Stunden.

Unter den complicirten Fällen sind:

1) 9 Doppelamputationen mit 2 Todesfällen an Shok (beides doppelte Oberschenkelamputationen),

2) 6 Amputationen mit schweren multipeln Verletzungen complicirt, die alle tödtlich endeten,

3) 15 septisch oder pyämisch eingebrachte und amputirte Kranke, von denen 8 starben (52,3 %),

4) 3 Kranke, die an intercurrenten, von der Wunde nicht direct abhängigen Leiden starben: 1 Delirium tremens, 1 genuine Pneumonie, 1 Fall von Abort mit folgendem Puerperalfieber.

Es starben demnach im Ganzen von 172 Kranken (mit 183 Amputationen) 23 Kranke (mit 27 Amputationen) und es wurden geheilt 149 Kranke (mit 156 Amputationen).

Uncomplicirte Resectionen grosser Gelenke wurden 91 ausgeführt (darunter 48 Hüftresectionen), von denen im Ganzen 5 tödtlich verliefen; und zwar starben Kinder von $^3/_4$ und $2^1/_2$ Jahren im Collaps, ein Kranker an marantischer Thrombose beider Cruralvenen, 1 Kranker an Blutung in Folge von Arrosion der Cruralarterie durch Lymphdrüsenvereiterung, ein Kind an Basilarmeningitis 3 Wochen nach der Operation.

4 complicirte Resectionen (an septischen oder pyämischen Kranken ausgeführt) verliefen tödtlich; ferner starb ein Resecirter an acuter Lungenphthisis, ein anderer an Delirium tremens.

Unter 10 Continuitätsresectionen verlief keine, unter 50 Osteotomien verlief eine tödtlich und zwar durch Blutung bei Haemophilie.

Mammaamputationen wurden 119 vorgenommen und zwar an 110 Kranken; 75 Mal wurde hierbei die ganze Achselhöhle ausgeräumt. Es starben 6 Kranke, und zwar 2 an Erysipel, 1 an Collaps

wenige Stunden nach der Operation, 1 an Milzbrand (Infection durch Catgut) 2 an Marasmus durch chronische Eiterung.

45 Hydrocelenschnitte verliefen ohne Todesfall; ebensowenig ist von 73 Kranken mit offenen Fracturen und von 24 Kranken mit penetrirenden Gelenkwunden einer gestorben. Von accidentellen Wundkrankheiten kam Pyämie nie vor; ebensowenig (abgesehen von 3 Fällen von Totalgangrän eines Beins nach Unterbindung der A. cruralis) acute oder subacute Septikämie. In ganz vereinzelten Fällen entstand chronische Sepsis, 4 Mal Tetanus, 4 Mal Erysipelas.

A. Genzmer (Halle a/S.).

A. Patterson. Case of ununited fracture in the treatment of which a portion of dog's bone was used as a means of procuring union.

(The Lancet 1878. Vol. II. p. 539.)

Ein 53jähriger Mann bekam auf See eine einfache Fractur des linken Vorderarms $1^1/_2''$ über dem Handgelenke. Als er 9 Monate später nach Glasgow kam, bestand eine Pseudarthrose. Der Versuch durch subcutane Discision der fibrösen Zwischenmassen Heilung herbeizuführen, misslang; deshalb wurde die Resection der Knochenenden ausgeführt. Dieser Operation folgte ein Erysipel und Nekrose des Radius; der Arm wurde ganz unbrauchbar und sollte amputirt werden, da versuchte P. die in China einmal erfolglos versuchte Einheilung eines Stücks Thierknochen. Unter antiseptischen Cautelen entfernte er die zwischen den Fracturenden beider Knochen entstandenen Bandmassen und die Enden selbst und legte in jedes Bruchende ein Bohrloch. Um den im Radius bestehenden Zwischenraum von $^3/_4''$ auszufüllen, resecirte er aus dem Humerus eines Hundes $^3/_4''$ Knochen mit anhaftenden Periostlappen von $^1/_2''$ Länge, legte in dieses Knochenstück etwas entfernt von jedem Rande ein Bohrloch, befestigte zuerst die Ulna durch eine Drahtsutur und legte nun durch die Radiusfragmente und den interponirten Knochen die Drähte. Nach 6 Wochen konnte aus der Ulna der Draht entfernt werden, ebenso der obere am Radius; reichliche Granulationswucherung; nekrotischer Knochen konnte nicht gefühlt werden. Nachdem später auch der letzte untere Draht herausgenommen worden war, schloss sich die Wunde nicht, und es kam nach 12 Monaten der Hundeknochen reducirt auf die Hälfte seiner früheren Grösse heraus. Die Vereinigung der Vorderarmknochen war eine vollständige, der Radius hatte eine Einbiegung zur Ulna hin; die Hand war vollkommen gebrauchsfähig.

Pils (Stettin).

Tillbury Fox. Clinical lecture on a case of elephantiasis Arabum.

(Med. times and gaz. 1878. October 12.)

Verf. bespricht die Symptomatologie der Elephantiasis, die wesentlich in einer Hypertrophie der Haut und des Unterhautzellgewebes

besteht, welche zu Verdickung, Induration, papillösen Excrescenzen führt und begleitet ist von Entzündung, Verstopfung und Varicosität der Lymphgefässe. Die Krankheit ist im Wesentlichen in den Tropen endemisch, befällt die Männer im Verhältniss zu den Frauen wie 5:2, besonders aus den unteren Classen; vor dem 15. Jahre ist sie selten und tritt gewöhnlich auf zwischen dem 15. und 40. Jahre. In mehr als 90 % befällt sie das Bein und führt hier in extremen Fällen zu einer Verdickung von 36 Zoll Umfang. Begleitet ist die Affection endlich von Fieberanfällen und Entzündung der Lymphgefässe und Lymphdrüsen, und zwar schreitet die Verdickung der Extremität schubweise im Anschluss an solche Attaquen fort. Verf. wendet sich gegen die Angaben Fayrer's, dass dieses »elephantoid fever« stets das primäre sei; nach seinen Erhebungen kann sich die Krankheit unmerklich und allmälig entwickeln ohne jedes Fieber (so in 22 von 636 durch Richards und in 26 von 87 durch Sheriff — zwei indische Aerzte — gesammelten Fällen), zum Theil ohne jede Lymphangoitis. In einer grossen Anzahl von Fällen gehen allerdings den localen Entzündungen und Lymphangoitiden zwei- bis dreitägige Fieberanfälle voraus; beides kann ferner zusammen eintreten und endlich tritt sehr häufig Fieber erst auf im Anschluss an Lymphdrüsenentzündung.

Was die Aetiologie der Krankheit anbelangt, so neigt sich Verf. der Ansicht zu, dass es sich hier um eine allgemeine auf endemischen Einflüssen beruhende Bluterkrankung handle; er spricht sich gegen die Ansicht derer aus, welche die Entstehung der Krankheit auf die Entwicklung der Filaria in Blut und Lymphe zurückführen wollen. Es ist bei einfacher Elephantiasis der unteren Extremitäten niemals die Filaria gefunden worden, sondern nur bei Fällen, die complicirt waren durch Chylurie und sogenanntes »Lymph-scrotum«; dagegen war dies häufig der Fall bei Pat., die keine Spur von Elephantiasis zeigten; es handelt sich eben hier um zwei differente Krankheitsursachen, die beide zur Verstopfung der Lymphgefässe führen können, beide in denselben Gegenden endemisch sind und wohl mitunter dasselbe Individuum nebeneinander befallen können.

Verf. weist auf die Fälle von Elephantiasis des Unterschenkels hin, welche im Anschluss an chronische Eczeme auftreten und welche gewöhnlich als Folgen lange andauernder Hyperämien betrachtet werden; er meint, dass in allen diesen Fällen noch ein anderes ätiologisches Moment hinzukommen müsse, da in vielen anderen Fällen lange Hyperämien beständen, ohne je zu elephantiastischen Verdickungen zu führen.

Verf. bespricht dann den Fall eines 35jährigen Menschen, bei dem sich im 20. Jahre im Anschluss an eine Distorsion des Fussgelenks ein atonisches Geschwür am rechten Fusse entwickelte, welches niemals heilte; nach zehnjährigem, ziemlich unverändertem Bestehen wuchs es schneller und verband sich mit einer exquisiten Elephantiasis des Unterschenkels; bald wurde auch der andere Unterschenkel ergriffen, es stellten sich eine profuse seröse Secretion und die typi-

schen Fieberanfälle ein. In Blut und Urin konnte auch bei der sorgfältigsten Untersuchung keine Spur von der Filaria gefunden werden; Pat. war niemals ausserhalb Englands gewesen; er starb kurze Zeit nach der Aufnahme in das Spital an einer complicirenden Nephritis. — Die anatomische Untersuchung ergab keine varicösen Lymphgefässe oder Venen, die Arterien normal, Muskeln und Knochen ebenso, Lymphdrüsen in der Weiche und am Knie vergrössert; die verdickte Haut perlenweiss und knorpelartig. Unter dem Mikroskop zeigten sich die Bindegewebsfasern des Corium enorm vergrössert und das ganze Gewebe vollgestopft von Lymphkörperchen, namentlich in den Lymphräumen um die Gefässe; sehr wenig Hautdrüsen, gar keine Haare.

In Bezug auf die Therapie führt Verf. nichts Neues an; er bezweifelt sehr den Nutzen der Unterbindung der Hauptarterie, indem von 34 von ihm gesammelten Fällen zwar eine ganze Anzahl als gebessert oder geheilt angeführt werden, die Beobachtungsdauer sich aber nur auf höchstens 3 Monate erstreckt, nur in einem Fall auf ein paar Jahre. **H. Wildt** (Berlin).

A. Weil. Ueber Einheilen extrahirter, kranker Zähne. Nachtrag.

(Centralbl. für die med. Wissensch. 1878. No. 15.)

Verf. extrahirte in letzter Zeit 4 cariöse Zähne, unter welchen sich ein oberer und ein unterer Mahlzahn befanden, reinigte und plombirte sie ausserhalb des Mundes und setzte sie dann wieder in die alten Zahnalveolen. Die Einheilung erfolgte gut und konnten die Zähne wiederum zum Beissen benutzt werden.

A. Bidder (Mannheim).

Renzoni. La cura dell' ozena.

(Morgagni 1878. Mai.)

Ein Kind, dessen Ozaena durch die übliche antiseptische Irrigationsbehandlung wesentlich gebessert war, wurde von R. vermittelst einer Spritze, welche mit frischem Trippersecret beschmutzt war, inficirt. Die darauf folgende Blenorrhoe der Nase wurde mit 30 % Arg. nitr. Lösung, dann mit Tannin und Antisepticis erfolgreich behandelt; 14 Tage später erfolgt vollständige Heilung, die noch nach 1 Jahr dauernd ist. R. weist zuletzt auf die von Jäger und Piringer vorgeschlagene und ausgeführte Inoculation des Trippersecretes bei Pannus der Hornhaut hin. **Escher** (Triest).

V. v. Bruns. Eine neue Art von Kehlkopfexstirpation und künstlichem Kehlkopf.

(Vortrag geh. auf der Jahresversamml. des Württemberg. ärztl. Vereins am 1. Juni 1878.) Württemb. med. Correspondenzbl. 1878. No. 24. p. 186.)

Am 29. Jan. 1878 wurde bei einem 54jährigen Nachtwächter, der seit 1874 heiser und seit 1876 schwerathmig war und in letzter Zeit an Erstickungsanfällen, Hustenparoxysmen und Schlingbeschwer-

den gelitten hatte, wegen eines diffusen Carcinoms des Larynx der letztere total exstirpirt. Die Operation wurde in der Art gemacht, dass ohne vorausgeschickte Tracheotomie nach Freilegung des ganzen Kehlkopfs an seiner Vorderseite und Stillung der ganz geringen Blutung die Trachea über ihrem obersten Ring quer durchtrennt und nun die Ausschälung des Kehlkopfs nach Einlegung der Tamponkanüle von unten nach oben ausgeführt wurde. Der Kranke ging vom Operationssaal in sein Zimmer, besondere Zufälle traten nicht ein. Nach 3 Wochen erhielt er den Gussenbauer'schen künstlichen Kehlkopf, der aber mehrfache Nachtheile mit sich brachte, so dass v. Bruns einen neuen Apparat construirte. Ein weites silbernes Trachealrohr hat nach oben eine grosse ovale Oeffnung und birgt die gewöhnliche Innenkanüle; aussen kann an dasselbe ein membranöses Klappenventil angesteckt werden. Mittelst eines Schlittens wird dieser Kanüle eine zweite silberne Röhre aufgesetzt, welche in die Mundhöhle mündet und an ihrem freien Ende eine platt zusammengelegte Kautschuckröhre trägt. Mit diesem allen Zwecken genügenden Apparat sprach der gut aussehende Pat. auf der genannten Versammlung über die Weite eines mittelgrossen Zimmers »leicht, gut vernehmlich, articulirt und verständlich, nur mit monotoner Stimme und mit Fistelton niederer Lage.« (Näheres über diesen Fall wird in einiger Zeit in einer Dissertation mitgetheilt werden. Ref.)

Mögling (Schwenningen).

G. Bacelli. Di un nuovo metodo di cura per taluni aneurismi dell' aorta.

Roma 1877.

B's. Verfahren bezieht sich ganz speciell auf sackförmige Aneurysmen der Aorta ascendens. Es besteht in Einführung feiner Uhrspiralen vermittelst eines eigenen dünnen Troikarts; zum Durchschieben dient eine starke Pincette und eine kleine Gabel. Blutungen können bei dieser Procedur nicht entstehen, da B. die Punkte wählt, wo der Seitendruck von Innen her minimal oder null ist. Aneurysmen sind keine glatten elastischen Säcke, sondern haben Unregelmässigkeiten an der Innenfläche, in der Elasticität der Wandung, enthalten Coagula, die Circulation ist durch das Ein- und Ausströmen durch dasselbe Loch erheblich abweichend; — sucht man also sorgfältig die Richtung des eindringenden Stromes zu bestimmen (stärkste Pulsation), so kann man rechtwinklig dazu den Troikart bis in das Centrum des Aneurysma schieben, ohne dass mehr als einzelne Tropfen heraussickern. — B. hat so 2 Fälle operirt; der erste Fall (schon früher publicirt, von Quincke in Ziemssens Handbuch Bd. 6 erwähnt) endete tödtlich durch fortschreitendes Wachsthum der Geschwulst; die in der Wunde stecken gebliebene Uhrfeder hatte keine Entzündung des Sackes zur Folge gehabt; es war nur eine ganz superficielle circumscripte Entzündung da, die mit dem Ausgang nichts zu schaffen hatte.

Die Uhrfeder war oxydirt, in 6 Stücke gebrochen, von Gerinnseln umhüllt. — Der 2. Fall kam am 23. April 1877 zur Operation; aus der Kanüle kamen wenige Tropfen Blut; Einführung von 3 Federn von 1 mm Breite und 110 cm Gesammtlänge. — Die folgenden Tage Abnahme von Volumen und Pulsation, keine Reaction. — Am 26. April rohe Untersuchung mittelst des Stethoskops durch die Zuhörer, so dass Pat. laut vor Schmerz aufschrie. Sofortige Verschlimmerung, Temperatur 39°, Tod am 3. Mai. — Die Section ergab: Mangel an jeglicher Entzündung in der Wandung des Sackes; der Sack mit resistenten, geschichteten Gerinnseln gefüllt, die den Eindruck machten, als wären sie von der Wand abgelöst und durch den Strom gegen die Oeffnung hingespült worden. In den älteren und neuern Gerinnseln 10 Uhrfederfragmente. — B. schiebt den übeln Ausgang auf die Ablösung der ältern Coagula durch den ausgeübten Druck, weist auf das Fehlen der entzündlichen Reaction hin und stellt weitere Versuche in Aussicht, da er seinerseits die Durchführbarkeit und den Erfolg der Methode für erwiesen hält.

Escher (Triest).

F. Stables. The history of a case of gunshot wound of the bladder.

(The Chicago med. Journ. and Examiner 1878. Mai)

Einem 20jährigen Soldaten dringt in der Schlacht am 27. Nov. 1863 eine Kugel durchs linke Foramen obturat. in die Blase, durchbohrt dieselbe doppelt, zerschmettert dann das rechte Tuber ischii und wird noch auf dem Schlachtfelde aus der rechten Hinterbacke entfernt. 3 monatliche Katheterbehandlung im Bett. Ein Theil des Urins fliesst aus der Ausgangsöffnung des Schusscanals, bis dieser sich nach Entleerung von einigen kleinen Knochensplittern wieder schliesst, sofort bildet sich eine Scrotalfistel, durch welche sich indess nur anfänglich etwas Urin entleert. Vom Oct. 1864 bis zum Herbst 1871 wird der Urin, wenn auch etwas häufiger, nur auf natürlichem Wege abgesondert. 1871 Bildung einer Perinealfistel. In den folgenden Jahren gelegentliches Wiederaufbrechen der Glutealwunde. 1877 wird ein grösserer Theil des Tuber. ischii durch die Perinealfisteln extrahirt. Bei näherer Untersuchung fand sich noch ein zweites Fragment, eingehüllt in fibröse Massen, an der Prostata fixirt vor, sowie auch ein durch Letzteres erzeugtes Löchelchen in der Pars prostatica urethrae. Durch die Entfernung dieses Sequesters, welche für längere Zeit, als zu injuriös erscheinend, aufgeschoben war, gelang die vollständige Heilung des Pat. Auffallend sind die langen Wanderungen der Knochensplitter, sowie die geringen Beschwerden des Pat., welcher während des 15jährigen Leidens fast immer die schwerste Arbeit, ja auch Touren zu Pferde, leisten konnte.

Langenbuch (Berlin).

Späth. Erfahrungen über Sectio caesarea. Ausführung dieser Operation mit Exstirpation des Uterus. (Methode nach Porro.)

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 4—7 u. 11—14.)

Verf. erwähnt zunächst, dass bisher in diesem Jahrhundert auf der Wiener Gebäranstalt kein einziger für die Mutter glücklich verlaufener Fall von Kaiserschnitt anzuführen war. Danach referirt Sp. über vier von ihm beobachtete Fälle, die wegen Osteomalacie oder Rachitis operirt wurden und tödtlich endeten. Sectionsresultate und andere Gründe lassen die absolute Mortalität grösstentheils auf septische Infection oder starke Blutungen schieben. Ein neuer Fall, welcher die Sectio caesarea nöthig machte, bestimmte Sp. mit möglichster Wahrung aseptischer Cautelen vorzugehen und nach Porro's Vorgang die Exstirpation des Uterus in Aussicht zu nehmen, falls er nicht nach der Entleerung sich sofort soweit verkleinern sollte, dass kein Bluterguss von ihm her in das Cavum Peritonei zu fürchten wäre. Verf. theilt Porro's Fall mit, in welchem nach Entleerung des Uterus wegen unstillbarer Blutung aus der Uterusschnittwunde der ganze Uterus mit exstirpirt wurde. Nach intercurrenten üblen Erscheinungen trat Heilung ein. Interessant ist dieser Fall wegen des Vergleichs mit den in der Neuzeit wegen Carcinom mehrfach vorgenommenen totalen Uterusexstirpationen (Freund u. A.). Verf. arbeitete zweimal nach ziemlich gleicher Methode, wie Porro, als sich zu grosse Blutung aus dem Uterus zeigte. Der Uterus wurde sammt seinen Adnexis, Ovarien und Tuben bis auf den unteren Theil des Cervix durch die Ecraseurkette exstirpirt. Da sich der Hals sehr retrahirte, musste die Ecraseurkette durch eine unterhalb derselben durch den Hals gestochene lange Nadel fixirt werden, welche nach der Exstirpation noch den Hals in dem Niveau der Wunde zu fixiren gestattete. Ausser Porro's eigenem Falle, der ersten glücklich verlaufenen Sectio caesarea in Pavia, endete auch Verf's. erster Fall in Heilung. **v. Mosengeil (Bonn).**

Kolaczek. Die Aetiologie der mechanischen Symptome bei der Hüftgelenksentzündung der Kinder.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 31 und 32.)

K. verwirft die für das Zustandekommen des Symptomencomplexes bei der Coxitis der Kinder geltenden Anschauungen, d. h. die Reflex- und die mechanische Theorie und sucht den Grund für die Stellungsveränderungen darin, dass die Kinder instinctiv zur Milderung ihrer Schmerzen die pathologischen Stellungen annehmen, wofür er den Namen »Accommodationstheorie« vorschlägt. Im ersten Stadium tritt das sogenannte »freiwillige Hinken« ein, da das Kind durch auftretende Schmerzen im Hüftgelenke dazu gezwungen wird, die kranke Extremität zu schonen; im 2. Stadium, Flexion im Hüft- und Kniegelenk mit Spitzfussstellung, Abduction und Auswärtsrollung etc., sucht das Kind wegen der immer mehr sich steigernden Schmer-

zen die Schwerlinie des Körpers möglichst weit von dem kranken Hüftgelenke zu verlegen — beim Stehen in das gesunde, beim Gehen, während des Auftretens, nach aussen von dem kranken — und ruft auf diese Weise die so erheblichen Veränderungen in der physiologischen Mechanik des Skelets hervor. In dem 3. Stadium endlich geräth die Extremität in noch stärkere Hüftflexion, Adduction und Rotation nach innen, indem der kleine Pat., der jetzt bettlägerig geworden ist, das gebeugte kranke Bein auf das gesunde legt, da er die untere Extremität nicht mehr zur Stütze des Körpers braucht und so die zur Ruhestellung der antagonistischen Muskelgruppe erforderliche Flexion vom Oberschenkel ausgiebiger ausgeführt werden kann, wodurch die Extremität nothwendiger Weise adducirt und einwärts rotirt wird. **Urlichs** (Würzburg).

Verneuil. Pathogénie du genu valgum.

(Bullet. de la Soc. de Chirurgie de Paris Tome III. No. 9. Séance du 24. Oct.)

Unter den 3 Theorien, die bezüglich der Entstehung des genu valgum aufgestellt sind, der ligamentösen, muskulären und ossalen, hält nur die letzte der Kritik Stand, sei es nun, dass man eine Hypertrophie des Condyl. intern. femor. oder eine Atrophie des externus annimmt. In vielen Fällen ist die erstere unbestritten, in anderen nicht nachweisbar. Die Ursache dieser Hypertrophie resp. Atrophie kann in einer ungleichen Entwicklung des Epiphysenknorpels gefunden werden, wie die Untersuchungen Ollier's bewiesen haben.

V. hat 2 Beobachtungen gemacht, die diese Theorie theilweis bestätigen, zugleich aber die Behauptung zurückweisen, dass das Leiden, besonders im Beginn, schmerzlos sei.

Bei einem 17 jährigen Mädchen mit genu valgum erzeugte Gehen lebhafte Schmerzen. Das Gelenk war auf Druck nicht empfindlich, dagegen in hohem Grade die Epiphysenlinie der Tibia. In der Ruhe schwanden die Schmerzen, kehrten aber sofort wieder, sobald Pat. ging. Blutegel und Vesikantien beseitigten dieselben dauernd.

In diesem Falle muss also die Ursache des genu valgum nicht in der Hypertrophie des Condyl. intern. femoris, sondern der Tibia gesucht werden.

Dasselbe gilt 2) von einem 16jährigen Menschen, der seit 3 Monaten an genu valgum litt, mit derselben Schmerzhaftigkeit der Epiphysenlinie der Tibia.

In der Discussion stimmt Houel den Beobachtungen zu, die er durch eine Anzahl gleicher bestätigen kann. In einem Falle, bei einem 3—4 Jahre alten Kinde fand er sogar Empfindlichkeit des oberen und unteren Epiphysenknorpels der Tibia. Tillaux findet in der Behandlungsmethode den Beweis für die ossale Theorie, da durch forcirte Geradestellung ein gleiches Wachsthum der Condylen bewirkt werde. Delens führt an, dass in einem von Engländern ausgeführten Resectionsfall die Ursache des genu valgum in einer

Aufblähung des Condyl. intern. femoris gefunden sei, und nicht in einer einfachen Hypertrophie. Guéniot fand in einem Falle eine das Niveau des Condyl. extern. überragende Verbildung des Condyl. internus.

Boeters (Berlin).

Ogston. Ueber Behandlung des Genu valgum.

(Discussion über den auf dem VI. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie gehaltenen Vortrag.)

v. Langenbeck hat noch nie die Osteotomie wegen genu valgum gemacht; auch in schweren Fällen genügte die subcutane Durchschneidung des äusseren Seitenbandes. Billroth sei mündlicher Mittheilung zufolge in neuerer Zeit auf dieselbe Methode zurückgekommen. Die Extremität wird fixirt und möglichst gestreckt, ein Tenotom wird unter das Ligament geführt und dieses von Innen nach Aussen durchschnitten. Es tritt dabei stets Luft ins Gelenk, nie aber sah v. Langenbeck irgend einen Schaden dadurch entstehen.

König hält es für bedenklich, die blutigen Methoden, die in der Hand des geschickten Antiseptikers ungefährlich sind und sicher zum Ziel führen, ohne Weiteres dem grösseren ärztlichen Publicum in die Hand zu geben. Bei wachsenden Individuen wird die gewaltsame Correctur der fehlerhaften Stellung in der Narkose (wobei wohl meist das Lig. lat. extern. einreisst) und die Fixation des jedesmaligen Erfolges durch den Gipsverband, mit der Zeit stets zum Ziel führen. Bei ausgewachsenen Individuen dürfte jedes orthopädische Verfahren nutzlos sein, und hier dürfte die Keilosteotomie der Tibia mit Durchmeisselung der Fibula (Schede) wegen ihrer geringeren Gefährlichkeit der Ogston'schen Operation vorzuziehen sein.

Schede macht darauf aufmerksam, dass er die Osteotomie wegen genu valgum auch nur bei Erwachsenen ausführe, bei Kindern ebenfalls mit orthopädischen Mitteln zum Ziel komme. Bei Erwachsenen leide bei Durchschneidung des Lig. lat. extern. jedenfalls die Festigkeit des Gelenks, da sich der zwischen den äusseren Condylen aufklaffende Spalt nicht ausfüllen könne.

v. Langenbeck hat die Banddurchschneidung auch nur bei Kindern gemacht; sie bekamen zunächst Gipsverbände, später Schienen. Ein Rückfall ist nie eingetreten.

v. Heine hat, ohne die Schede'schen Fälle zu kennen, schon 1876 eine doppelseitige Osteotomie der Tibia mit subcutaner Durchsägung der Fibula gemacht. Die Antisepsis missglückte und erst jetzt scheine Heilung einzutreten.

Ogston's Operation scheine übrigens noch bessere Resultate zu versprechen. Für beide Operationen ist die Antisepsis unerlässlich; schlägt diese fehl, so muss man nach der Osteotomie wohl zur Oberschenkelamputation schreiten, während nach Ogston noch die Gelenkresection möglich ist.

A. Genzmer (Halle a/S.).

F. v. Winiwarter. Ueber eine eigenthümliche Form von Endarteritis und Endophlebitis mit Gangrän des Fusses. (Nebst Tafel.)

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1. p. 202.)

v. W. hatte Gelegenheit, in einem Falle von spontaner Gangrän des Fusses die mikroskopische Untersuchung der in eigenthümlicher, vom atheromatösen Process verschiedener Weise erkrankten Gefässe vorzunehmen. Das amputirte Bein stammte von einer kräftigen 57jährigen Patientin. Als veranlassende Ursache der Gangrän nimmt Verf. durch Jahre hindurch wirkende Schädlichkeiten in Form von Erkältungen und Durchnässungen an. Jahre lang bestanden für rheumatisch gehaltene Schmerzen als Vorboten der Gangrän. In Folge der perennirenden Schädlichkeiten entwickelte sich ein chronischer Wucherungsprocess an den Nerven und Gefässen, der die Schmerzen verursachte und die Obliteration der Gefässe und im weiteren Verlauf die Gangrän hervorrief. Der Process an Arterien und Venen bestand seinem Wesen nach in einer Wucherung der Intima, die gleichmässig gegen das Innere des Lumens fortschreitend, keine retrograden Metamorphosen einging und schliesslich zur Bildung einer das Lumen obliterirenden zellreichen Fasermasse führte. Die in den späteren Stadien auftretende Blutraumbildung ist wohl nur rein mechanisch begründet. Die mittlere, sowie die äussere Gefässhaut spielen bei dem Processe eine ganz untergeordnete Rolle. Zu erwähnen ist ferner noch die Neubildung von Muskelfasern und die Entstehung von neuen elastischen Membranen. Von der Arteriitis obliterans, welche Friedländer beschrieben hat, unterscheidet sich dieser Fall dadurch, dass der beschriebene Process primär und auch an den grossen Gefässstämmen auftrat.

Der Wucherungsprocess ging wahrscheinlich über die Amputationsstelle in der Art. tib. post. noch nach aufwärts. Trotz alledem erzielte die Amputation eine wenn auch langsame, doch vollständige Heilung. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

J. Johnston. Soda treatment of burns and scalds.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. II. p. 313.)

Ein 18 Monate altes Kind hatte eine Verbrühung der Stirn, des Halses, der Brust und des Bauches bis zum Nabel hinab erlitten, es wimmerte vor heftigen Schmerzen; Umschläge mit Lösung von kohlensaurem Natron mit Kampherwasser liessen die Schmerzen momentan verschwinden, es erfolgte mehrstündiger Schlaf; die Umschläge wurden 6 Wochen lang bis zur definitiven Heilung fortgesetzt. Trotz der grossen Wundfläche war die Absonderung eine geringe, die Granulationen niedrig, fest, nicht zur Wucherung tendirend. Den gleichen Heilungsvorgang sah J. bei einer anderen, einen 5jährigen Knaben betreffenden Verbrühung.

Im Vergleiche zu der üblichen Behandlungsweise der Verbrennungen glaubt J. der Behandlung mit Soda folgende Vortheile vindiciren zu müssen:

1) Der Verband ist reinlicher, 2) die Umschläge brauchen seltener erneuert zu

werden, 3) die entstehenden Granulationen werden fest und haben keine Neigung zum Wuchern, 4) die Behandlung ist billiger, 5) die Schmerzen werden erheblich gemindert. **Pilz** (Stettin).

Kerzendorfer. Zwei Fälle von penetrirenden Wunden der Sklera, geheilt durch Catgutnaht.

(Archiv für Augen- und Ohrenheilkunde Bd. VII. Abth. 1.)

Auf Grund der Beobachtungen, die der Titel ergiebt, empfiehlt K. die Anwendung der Catgutnaht in der Augenheilkunde, die bis jetzt nur wenig geübt wird. **Th. Kölliker** (Halle a/S.).

D. W. Cheever. Naso-Pharyngeal polypus removed by sawing down and depressing the nose.

(Bost. med. and surg. Journ. 1878. Vol. I. p. 587.)

Bei dem 15jährigen Patienten besteht Undurchgängigkeit der rechten Nase und des oberen Rachenraums seit 1 Jahre. Vor 8 Monaten wurde mittelst Drahtschlinge ein birnförmiger Polyp entfernt; jetzt reichte das Neoplasma hinter dem weichen Gaumen herab und füllte grösstentheils den Pharynx aus. C. operirte nach Ollier's Methode. In der Narkose führte er von der Nasenwurzel jederseits einen Schnitt durch die Weichtheile bis zu den knorpeligen Nasenflügeln herab, durchsägte mit schmaler Stichsäge die Oss. nasal. und den Vomer und klappte die äussern Nasen nach unten, durchtrennte den Vomer quer, drängte ihn zur linken Seite und entfernte die hindernde linke untere Nasenmuschel. Jetzt war der Polyp zugänglich, er sass mit breiter Wurzel dem Körper des Keilbeins und dem rechten Gaumenbeine an und wurde mit dem Raspatorium abgelöst, der Grund wurde mit Salpetersäure betupft. Der Polyp war ein klein-hühnereigrosses Fibroid. Die äussere Nase wurde in ihre frühere Stellung gebracht, die Nasenknochen wurden mittelst Drahtsuturen, die Haut mittelst Seidennähten vereinigt. Heilung ohne Zwischenfall. **Pilz** (Stettin).

Bruchet. Fistule vésico-intestinale consécutive a une invagination.

(Revue mensuelle de méd. et de Chirurgie 1878. No. 4.)

In Folge einer Invagination war die Flexura sigmoidea fast vollständig obturirt und es hatte sich an ihrer inneren Seite vermittelst peritonitischer Adhäsionen ein Canal gebildet, der die Faeces vom Colon descendens aufnahm, und sie theils in die Blase, theils in das Rectum unmittelbar unterhalb der stricturirten Stelle leitete. — **Th. Kölliker** (Würzburg).

Mackenzie. Abscess of the liver preceded by dysentery — death. (London hospital.)

(Med. times and gaz. 1878. Sept. 7.)

Ein 26jähriger Seemann, der sich längere Zeit in Ostindien aufgehalten und vor 15 Monaten eine leichte Dysenterie durchgemacht hatte, erkrankte vor $5^1/_2$ Wochen von Neuem unter Frösteln, blutigen Diarrhöen, Tenesmus; seit 2 Tagen Gefühl von Druck in der Magengegend. Bei der Aufnahme hohes Fieber, Leberdämpfung vergrössert, unterer Rand unterhalb des Rippenbogens deutlich fühlbar; Druck in dieser Gegend sehr empfindlich; leichte Tympanitis. Diarrhoen, ohne Blut, und hohes Fieber hielten an, der Meteorismus und die Druckempfindlichkeit des Abdomen, namentlich in der Lebergegend, nahmen zu, zuletzt trat Hautödem der rechten Seite des Thorax und des Abdomens ein und Pat. starb 7 Tage nach der Aufnahme unter Delirien. — Die Section ergab universelle Peritonitis, rechtsseitige Pleuritis, dysenterische Geschwüre im Dickdarm und einen isolirten Abscess von mittlerer Grösse im rechten Leberlappen. — Verf. entschuldigt die Unterlassung einer Operation mit der Prostration des Patienten bei der Aufnahme und meint, eine solche hätte bei ihrer Aussichtslosigkeit die Operation an sich nur in Misscredit bringen können. **H. Wildt** (Berlin).

W. Gardner. Notes of hydatid of liver, treated by a free opening with potassa fusa.

(The Glasgow med. Journ. 1878. Vol. X. No. 7. Juli.)

Die 42jährige Pat. hatte einen Leberechinococcus, welcher der vorderen Bauchwand in grosser Ausdehnung anlag. Mehrere Punctionen förderten viel Flüssigkeit mit Haken heraus, verkleinerten den Tumor aber nur temporär und erregten Fieber. Darauf bewirkte Verf. durch auf die Bauchwand applicirtes Aetzkali eine adhäsive Entzündung und stiess dann einen grossen Troikart in die Cyste. Diese letztere wurde nun fleissig mit Carbollösung ausgespült, und nach Ausstossung der Cystenwand heilte die Wunde definitiv zu, zwei Monate nach der Operation. Noch zwei andere Fälle hat Verf. ebenso mit demselben Erfolge behandelt. In anderen Fällen hat er endlich sogleich eine Kanüle in die Cyste gestossen, und sie so lange liegen gelassen, bis zwischen Cyste und Bauchwand eine Verklebung entstanden war. **A. Bidder** (Mannheim).

G. Alessandri. Echinococco della milza e piotorace sinistro intercorrente operati e guariti.

(Raccogl. med. 1878. 20.—30. August.)

Auf die Abtheilung von Mori in Cesena kam ein 38jähriger Mensch, der seit 3 Jahren an einem Tumor der Milz litt, der bei der Aufnahme bis zum Nabel und bis zum Darmbeinkamm reichte; er war elastisch von etwas unregelmässiger Oberfläche. Diagnose: Echinococcus. 28. September 1876 erste Punction; wässrige Flüssigkeit und Kalkkörperchen, keine Haken. 20. November zweite Punction; darauf Entzündung der Cyste mit Gasbildung. 25. November Incision: Nach Eröffnung der Bauchdecken Wegschiebung des Omentum, Incision zwischen Fadenschlingen, Ränder mit Nelaton'schen Pincetten gesichert. Massenhafte Echinococcusblasen und eitrige Flüssigkeit. Annähung an die Bauchwand. — Verlauf erst mit Fieber; Apyrexie 22. December; 6. Januar Schüttelfröste, Dyspnoe, Husten und Schmerz auf der linken Seite. Bis 11. Januar Anfüllung der ganzen linken Pleura mit Exsudat. Punction, Entleerung von 1000 g wenig getrübten Serums. 14. Januar Verschlimmerung, Incision an der Punctionsstelle (5. Intercostalraum), Entleerung von Gas und stinkendem Eiter. Völlige Heilung beider Höhlen im Juni 1877. **Escher** (Triest).

H. Smith. On antiseptic ovariotomy.

(Med. times and gaz. 1878. Mai 18.)

Verf. berichtet unter Anerkennung des grossen Umschwungs, den die antiseptische Wundbehandlung auch in der gynäkologischen Chirurgie hervorgerufen, über zwei Fälle von Ovariotomie, die nach antiseptischen Grundsätzen gemacht und behandelt wurden.

1. Fall. 29jährige, seit elf Jahren verheirathete Frau, Mutter von sechs Kindern: Seit sechs Monaten Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibs, Entbindung vor drei Monaten. Umfang in Nabelhöhe $32^1/_2$ Zoll (binnen 14 Tagen $2^1/_4$ Zoll Zunahme); Tumor reicht bis zur Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz. Kräfte und Ernährungszustand in der letzten Zeit im Schwinden. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle entleerte sich eine grosse Menge von gelatinöser Flüssigkeit, die Serosa selbst erschien verdickt und mit Fibrinbeschlägen bedeckt. Ausgedehnte Adhäsionen des Tumor mit dem verdickten Netz und den Beckenorganen; dünner Stiel, in zwei Theilen mit Seide unterbunden. Auswaschen der Bauchhöhle mit $1^1/_2$ Pint einer $2^1/_2$% Carbollösung, was einen ziemlich starken Collaps verursachte. Naht der Bauchwunde mit carbolisirter Seide, antiseptischer Verband. Der Tumor wog 10 Pfund und bestand aus einer multiloculären, Fett und Haare enthaltenden Dermoidcyste. Die Suturen wurden am 4. Tage entfernt, höchster Puls 108, höchste Temperatur 37,9. $4^1/_2$ Wochen nach der Operation entlassen.

2. Fall. 34jährige Frau, sechs Kinder, das jüngste drei Jahr alt. Anschwellung des Leibes seit einem Jahre, in der letzten Zeit Schmerzen; rapides Wachs-

thum seit zwei Monaten. Umfang des Abdomen in Nabelhöhe bei der Aufnahme 45½ Zoll. Bauchdecken ödematös, Leber und Herz nach oben gedrängt, Tumor reicht bis zum Schwertfortsatz. Unter Dampfspray Incision vom Nabel bis zur Symphyse; innige flächenhafte Adhäsion der Vorderseite des Tumor, so dass ein grosser Theil der Parietalserosa entfernt werden musste; ferner zahlreiche feste Adhäsionen am Netz. Kleiner Stiel doppelt mit Seide unterbunden. Eine kleine, haselnussgrosse Cyste des rechten Ovarium wurde mit der Scheere aufgeschnitten. Zahlreiche Ligaturen. Wunde mit Seide genäht, antiseptischer Verband. Der Tumor wog 9½ Pfund. Ungestörte Reconvalescenz. 4 Wochen nach der Operation entlassen. **H. Wildt** (Berlin).

Guéniot. Scléréme inflammatoire des grandes lèvres.

(Bull. de la Société de Chirurgie de Paris Tome III. No. 9. — Séance du 3. Oct.)

G. beobachtete bei einem 10 Tage alten, sehr schwächlichen Neugeborenen weiblichen Geschlechts, das an Verdauungsstörung litt, neben einem Abscess auf dem Kreuzbein eine harte, rothe Schwellung der rechten grossen Schamlippe, die in den nächsten Tagen noch zunahm, auf die linke Schamlippe übergriff und dann mehrere Tage constant blieb. Leistendrüsen waren nicht infiltrirt. Nach 3 bis 4 Tagen nahm die Schwellung und Härte erst rechts, dann auch links ab, die Schamlippen schrumpften, wurden welk; das Allgemeinbefinden besser; bis nach 6 Tagen etwa sich eine phlegmonöse Röthung und Schwellung der ganzen linken Unterextremität entwickelte, mit der auch der krankhafte Zustand der Labien wieder zurückkehrte. Pat. starb nach weiteren 5 bis 6 Tagen in Folge des Darmkatarrhs.

Bei der Obduction zeigten die Labien auf dem Durchschnitte ein speckiges Ansehen, wie Tumor-albus-Schwarten; Lymphdrüsen unverändert.

G. hält die Affection nicht für eine Erkrankung der Lymphgefässe, sondern des vasomotorischen Systems. **Boeters** (Berlin).

Ogilvie Will. Clinical remarks on a case of Syme's amputation with observations on catgut drainage and sutures.

(Med. times and gaz. 1878. August 31.)

Verf. spricht sich bei Gelegenheit der Vorstellung einer Pat., der wegen Caries des Calcaneus die Syme'sche Amputation gemacht worden war, sehr zu Gunsten der von Chiene angegebenen Catgutdrains aus. Er erinnert an die von Fleming in Glasgow angestellten Experimente über die Resorption des Catgut in lebenden Geweben und betont, dass nach seinen vielfachen Erfahrungen über diesen Punkt Catgutdrains viel weniger reizen, weniger Verbandwechsel nöthig machen und das Secret ebensogut abführen, wie Gummiröhren, vorausgesetzt, dass die Antisepsis nichts zu wünschen übrig lässt. Bei dem vorgestellten Fall fielen die aus der Wunde hervorragenden Enden des Catgutdrains am 7. Tage ab, am 10. war die Fistel geschlossen.

Die von Lister neuerdings empfohlenen Pferdehaardrains hält Verf. hauptsächlich deswegen für weniger gut, als die Catgutdrains, weil sie eben nicht resorbirbar sind und deshalb auch die Zahl der nothwendigen Verbandwechsel vermehren.

Beim Nähen benutzt Verf. zwei verschiedene Sorten von Catgut. Die eine Art, gewöhnliches in Carbolöl aufbewahrtes Catgut, für die oberflächlichen Nähte, welches sich sehr leicht und schnell in den lebenden Geweben auflöst. Die zweite Sorte, für die tiefen Suturen bestimmt und schwer und langsam resorbirbar, wird zuerst in Glycerin und Carbolsäure und dann in eine Lösung von Chrom- und Essigsäure gelegt. **H. Wildt** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig. Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 51. **Sonnabend, den 21. December.** **1878.**

C. E. Buss. Ueber Wesen und Behandlung des Fiebers. Mit 9 lithographirten Tafeln.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1878.

Verf. beschäftigt sich in dem anregend geschriebenen Buche zunächst mit der Wärmeproduction des Körpers, als deren eigentliche Quelle er die functionsfähige Körpermuskulatur betrachtet; nur sie ermöglicht es dem Warmblüter seine Temperatur gegenüber den Einflüssen der Umgebung zu behaupten. Wie man je nach dem Zustande der Thätigkeit des Muskels active, passive und paralytische Functionen desselben unterscheiden muss, so ist nach B. die diesen Functionen entsprechende active, passive und paralytische Wärmeproduction aus einander zu halten. Warum die normale Körpertemperatur so constant bleibt, wie es von ihr nachgewiesen, ist nach Verf. trotz der Kenntniss der hauptsächlichsten Hülfsmittel, durch welche die Eigenwärme regulirt wird, bis jetzt noch nicht genügend

erklärt. Dasselbe gilt von der febrilen Wärmeregulirung. Trotz der gründlichsten Untersuchungen und der theilweise sehr genauen Kenntnisse über die einzelnen Fiebersymptome fehlt nach B. bis jetzt eine einheitliche thatsächliche Erklärung ihrer Ursachen und ihrer Entstehungsweise. Das eigentliche Wesen des Fiebers muss nach dem Bisherigen geradezu als vollständig unbekannt bezeichnet werden. —

Von Interesse sind des Verf. Untersuchungen über das Verhalten der Kohlensäureproduction bei Veränderung der Wärmeregulirung:

1) Nach der Aufnahme grösserer Dosen salicylsauren und cresotinsauren Natrons (6,0), durch welche beim Fiebernden die Körpertemperatur auf die Norm erniedrigt wurde, zeigt sich in der Grösse der Kohlensäureausscheidung keine bemerkenswerthe Veränderung.

2) Nach grösseren Gaben schwefelsauren Chinins (1,5 bis 3,5) erfolgt vor Herabsetzung der Temperatur des Fiebernden eine beträchtliche Depression der Kohlensäureausscheidung.

3) Kurz nach dem Genuss einer erheblichen Menge kalten Wassers erfolgt eine schnell vorübergehende Verminderung der Kohlensäureausscheidung.

4) Durch Nahrungsaufnahme wird die Kohlensäureausscheidung, unabhängig von der mit ihr verbundenen Muskelthätigkeit, beträchtlich gesteigert.

5) Während der Einwirkung bedeutender Wärmeentziehungen auf die Körperoberfläche ist die Kohlensäureausscheidung ganz ausserordentlich vermehrt.

Das Wesen des Fiebers schildert Verf. etwa folgendermassen: Die Theorie von Traube, nach welcher das Fieber durch Verminderung der Wärmeabgabe ohne Vermehrung der Wärmeproduction zu Stande kommen sollte, ist nach B. nicht ganz richtig. Untersuchungen und Berechnungen von Liebermeister, Immermann und Leyden haben zur Genüge ergeben, dass die Wärmeproduction im Fieber wirklich gesteigert ist. Aber trotzdem steht die Traube-sche Theorie der Wirklichkeit näher, als man, zumal in der letzten Zeit, anzunehmen geneigt war. Trotz der Vermehrung der Wärmeproduction im Fieber, ist die fieberhafte Temperatursteigerung doch wesentlich durch die Hemmung der Wärmeabgabe bedingt, während die gesteigerte Wärmeproduction an sich für das Zustandekommen der erhöhten febrilen Eigenwärme als vollständig unwesentlich zu betrachten ist. »Unter Fieber,« sagt B., »verstehen wir diejenige pathologische Modification der Wärmeregulirung des Körpers, in welcher bei vermehrter Wärmeproduction durch eine relativ verminderte Wärmeabgabe des Körpers die Temperatur desselben über die Norm erhöht wird. Hervorgerufen wird das Fieber durch im Körper circulirende Irritamente. Die im Blute circulirenden und in die Gewebe abgesetzten corpusculären oder gelösten Irritamente unterhalten einen

permanenten Reiz auf die peripheren sensiblen Nervenendigungen. Durch den Einfluss der Reize auf die sensiblen Nerven der Haut wird reflectorisch ein Zustand mehr oder weniger erhöhter Contraction der peripherischen Nerven, sowie vermehrter Wärmeproduction andauernd unterhalten. Die Irritamente wirken auf das Nervensystem genau in derselben Weise wie die Kälte. Wie diese erhöhen die Irritamente den Contractionszustand der peripheren Gefässe und die Muskelthätigkeit, d. h. sie verursachen eine relativ verminderte Wärmeabgabe und vermehrte Wärmeproduction — hierin liegt das Wesen des Fiebers. Da die Einwirkung der Irritamente mit wechselnder Intensität geschieht, so begreift es sich, warum Schwankungen der Fiebertemperatur auftreten. Die verschiedenen Fieberstadien Frost-, Hitze- und Schweissstadium ergeben sich aus dem Einfluss der Irritamente: Im Beginn des Fiebers besteht in Folge von Anaemie und mitfolgender Abkühlung der Haut neben dem Gefühl von innerer Hitze ein Gefühl von Frieren oder Frösteln. Der fieberhafte Schüttelfrost überschreitet niemals eine gewisse Zeitdauer. Die durch die Horripilationen entstandene Wärmeanhäufung und vermehrte Körpertemperatur erreichen einen solchen Grad, dass nun trotz der fortdauernden Einwirkung der Irritamente in der Peripherie der vasomotorischen Bahnen eine Erschlaffung, eine Erweiterung der Gefässe eintritt u. s. w.

Der zweite Theil des mit grossem Fleisse bearbeiteten Buches beschäftigt sich mit der Behandlung des Fiebers. Die Postulate einer rationellen Fieberbehandlung sind nach Verf.:

1) Verminderung des Auftretens von Irritamenten im Körper und Verhütung der Einwirkung neuer Schädlichkeiten.

2) Herabsetzung der erhöhten Temperatur auf die Norm.

3) Vollständiger Wiederersatz des Verlustes an Körpermaterial. — Die Prophylaxe und specifische Behandlung, die Methoden der antipyretischen Therapie etc. erfahren eine eingehende Besprechung (cf. Original).

Nur Folgendes sei hervorgehoben.

Die consequent durchgeführte Anwendung möglichst kalter Bäder muss nach B. auch fernerhin die Basis der antipyretischen Fieberbehandlung bilden, welche durch eine vorsichtige Anwendung antipyretischer Medicamente zweckmässig unterstützt wird. — Während man auch die Alcoholica in grösseren Quantitäten durch die ganze Fieberzeit gebrauchen lassen muss, ist die Behandlung mit den übrigen antipyretischen Medicamenten, namentlich Salicylsäure und Chinin nach den besonderen Regeln für deren Anwendung auszuführen, bei mehreren aufeinander folgenden Dosen zur Verhütung schädlicher Nebenwirkung nie über 2 Tage auszudehnen und nachher für wenigstens 2—3 Tage vollständig zu unterbrechen. Durch passende Combination von Salicylsäure und Chinin lassen sich nach B. ohne merkliche Steigerung der Nebenwirkungen antipyretische Effecte in einer Intensität erzielen, wie sie bisher auf keine Weise zu Stande gebracht werden konnten.

H. Tillmanns (Leipzig).

E. Küster. Die giftigen Eigenschaften der Carbolsäure bei chirurgischer Verwendung.

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXIII. Hft. 1. p. 117.)

Einige zum Theil letal endende Fälle von Carbolintoxicationen veranlassten K., Experimente über die Wirkung der Carbolsäure, besonders über die tödtliche Dosis derselben anzustellen.

Zu dem Zwecke wurde $2^1/_2$—5 % Carbolsäurelösung Hunden direct in die Venen infundirt. K. fand, dass die tödtliche Dosis bei Hunden zwischen 0,036—0,076 % des Körpergewichts schwankt, je nachdem man schnell oder langsam die Lösung infundirt. In zwei Fällen wurde die Lösung subcutan injicirt; doch bildeten sich grosse Jaucheabscesse, denen die Thiere erlagen. Die Intoxicationserscheinungen sind bei der Infusion in die Venen dieselben, wie bei Einführung der Carbolsäure in den Magen. Ausser den gewöhnlichen Vergiftungserscheinungen constatirte K. constantes Auftreten von Temperaturerhebungen.

Was die Carbolintoxication beim Menschen anbetrifft, so unterscheidet K. 3 Stadien. Im 2. Stadium treten neben einer dunklen Färbung des Urins verschiedene Allgemeinerscheinungen auf (gastrische Störungen), daneben fast regelmässig Fieber. Im 3. Stadium sind schwere Gehirnsymptome, Collaps u. s. w. vorhanden.

Gewisse Körperzustände begünstigen nach K. das Zustandekommen der Vergiftung, z. B. Anaemie, vorhandenes Fieber; Alter und Geschlecht haben auch Einfluss, desgleichen der Ort der Einführung der Carbolsäure.

Endlich in Bezug auf Gegengifte prüfte K. durch einige Experimente (Einspritzen einer Glaubersalzlösung ins Blut, unmittelbar nach einer Einspritzung von 5 % Carbollösung, Einspritzen einer Mischung von Glaubersalz- und Carbolsäure-Lösung) die Wirkung des Natr. sulf. und glaubt diesem Mittel keine grosse Wirkung zuschreiben zu können.

(Vgl. dazu die Mittheilung des Ref. in No. 47 des Centralbl. f. Chir. 1878.)

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

F. Raab. Ueber die Entwickelung der Narbe im Blutgefäss nach der Unterbindung. (Nebst 2 Tafeln.)

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXIII. Hft. 2. p. 156.)

Nach einer geschichtlichen Einleitung werden die Versuche und die Untersuchungen über den Einfluss der Ligatur auf das Gefässendothel mitgetheilt. Verf. hält eine hervorragende Betheiligung des Endothels am Gefässverschluss für unzweifelhaft und zählt als gesicherte Ergebnisse seiner Untersuchungen zum Schlusse der Arbeit folgende Sätze auf:

1) Die innere Wand von Venen und Arterien verwächst unter geeigneten Bedingungen dauernd ohne Dazwischenkunft eines Blutgerinnsels.

2) Diese Verwachsung kann bei Arterien allein durch Wucherung des Endothels zu Stande kommen, bei Venen betheiligen sich in der Regel alle Schichten der Gefässwand.

3) Eine Wucherung des Endothels findet stets statt, es mag wie immer unterbunden worden sein, und bildet in Verbindung mit den Granulationen, die aus dem durch die Ligatur gesetzten Einriss in die Gefässwand hervorsprossen, die provisorische und definitive Gefässnarbe.

4) Der Thrombus ist vergänglich und für die Bildung einer soliden Vernarbung des unterbunden Gefässes unwesentlich. Ueber die Bedingungen seines Auftretens, seiner Grösse und seiner Zusammensetzung, sowie über seine ferneren Schicksale haben wir bis jetzt keine sicheren Kenntnisse. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

E. C. Huse. A new Ligature.

(The Chicago med. Journ. and Examin. 1878. August.)

Verf. hebt hervor, dass das Catgut bei dem grossen Vortheile, nach Erfüllung seiner Aufgabe der vollständigen Resorption anheimzufallen, doch auch seine Fehler und Mängel aufzuweisen habe. Dahin gehören z. B. seine Unzuverlässigkeit bei der Ligatur grosser Gefässe, dann seine Zerreisslichkeit sowie auch die Möglichkeit einer unvollkommenen Desinfection. Alle diese Nachtheile fallen unter vollkommener Gewährung der gleichen Vortheile fort bei der Anwendung des Magnesiumdrahts als Ligaturmittel. Wie bekannt, oxydirt sich der letztere nicht nur unter Einwirkung des elektrischen Stroms, sondern auch an der Luft oder im Contact mit sauerstoffhaltigen Flüssigkeiten zu reiner Magnesia. Diese ist indifferent in ihrem Verhalten gegen die Gewebe und fällt einer allmäligen Resorption anheim. Verf. hat dies Material in 3 Fällen mit Erfolg angewandt, — einmal zur Unterbindung der Radialis, und 2 Mal zur Operation der Varicocele —, und will es nun bei der Operation der Hämorrhoidalknoten, sowie ganz besonders für die Stielversorgung bei der Ovariotomie erproben. **Langenbuch** (Berlin).

Notta. Mémoire sur le traitement des tumeurs érectiles.

(L'Année méd. 1877. No. 12. 1878. No. 1.)

Auf zahlreiche Erfahrungen gestützt, empfiehlt N. für die oberflächlichen Telangiectasien, so lange das Kind noch nicht geimpft ist, die Vaccination nach Nélaton, nicht mit der Lanzette, sondern mit vielen (bis 40) in Vaccine-Lymphe getauchten Nadeln, mit denen, sobald sie trocken geworden, der ganze Tumor, besonders an der Uebergangsstelle in die Haut besetzt wird; die 3—4 mm weit eingesenkten, in Distanz von 3 mm stehenden Nadeln bleiben eine Stunde stecken. Ist jedoch das Kind geimpft, durchsetzt der Tumor die ganze Dicke der Haut, so rühmt N. die Ligatur »enchevillée« nach

Rigal de Gaillac, eine multiple Massenligatur, die in Frankreich sehr beliebt zu sein scheint. Nadeln werden an der Basis des Tumors eingeführt, zwischen ihnen Doppelfäden, die gekreuzt und fest geknotet werden. Für die subcutanen erectilen Geschwülste wendet N. zunächst die Vaccination profonde an; nachdem nämlich durch Fadenschlingen eiternde Stichcanäle unter dem Tumor etablirt sind, werden an den fils d'attente mit Vaccine getränkte Fäden eingezogen, welche intensive Entzündung erzeugen. Erst wenn dies ebenfalls nur vor der Impfung brauchbare Verfahren versagt, wendet N. Injectionen von Lig. ferri āā mit Salzwasser oder Ignipunctur an. Für die tumeurs erectiles mixtes combinirt er die angeführten Methoden, stets mit der Vaccination beginnend. (Die in der v. Langenbeck-schen Klinik gebräuchlichen Aetzungen der Telang. mit rauchender NO_5, sowie die Ignipunctur der Cavernome mit dem Thermocauter von Pacquelin dürfte wohl obige umständliche Verfahren überflüssig machen. Ref.) Pauly (Posen).

H. T. Butlin. Fatty tumours in infancy and childhood.

(Barthol.-Hospital rep. 1877. p. 177.)

Während allgemeine oder partielle Fettsucht bei Erwachsenen keine Seltenheit ist, kommt dieselbe bei Neugeborenen und jungen Kindern fast nie zur Beobachtung; häufiger schon sieht man ein Glied, oder Theile desselben, als Zehen oder Finger, hypertrophisch, Zustände, die aber mehr in's Gebiet der Elephantiasis hineingehören. Wirkliche Lipome sind im Kindesalter selten; nur 2 wurden in den letzten $4^1/_2$ Jahren im St. Barthol.-Hospital beobachtet. Das eine sass an der Halsseite, das andere an der Wade, reichte aber tief zwischen beide Unterschenkelknochen hinein, und enthielt reichlich fibröses Gewebe und selbst einige Züge quergestreifter Muskelfasern. Die Mehrzahl der im Kindesalter vorkommenden Lipome ist angeboren, aber ohne nachweisliche Heredität, sie wachsen meist langsam aber stetig, selten rapid (Closset, Suttina) und können eine bedeutende Grösse erreichen; der oben erwähnte Tumor der Wade war von Kindskopfgrösse. Pollock exstirpirte bei einem 7jährigen Mädchen eine Geschwulst von 13 ℔. — Der Sitz der Geschwülste variirt bei Kindern mehr, als bei Erwachsenen; vornehmlich werden sie gefunden an der Seite des Halses, in der Leistengegend, in der Nähe des Kreuz- und Steissbeins, woselbst ihre Wurzel tief ins Becken oder in den Wirbelcanal hineinreichen kann; beobachtet sind sie auch im Pharynx, in der Fossa zygomatica, an der Zunge, der Wade, am Collum radii etc. Bryant hat darauf aufmerksam gemacht, dass die Lipome im Kindesalter gelegentlich diffus und ohne Kapsel angetroffen werden; dieses kann nur für die sehr seltenen Fälle zutreffen, dass eine abnorme Fettmasse sich an einer Körperstelle anhäuft, wie Lebert es auf der einen Seite des Bauches gesehen. Fast ausnahmslos sind vielmehr die Lipome von fester Beschaffenheit, weil sie mehr

Bindegewebe als Fett enthalten; oft trifft man gemischte Geschwülste, in denen selbst Muskel- und Knochengewebe sich findet. Diese Geschwülste entstehen in der Regel im subcutanen und intermuskulären Fett, einige aus degenerirenden Naevis, viele hängen mit dem Periost zusammen. Höchst wahrscheinlich ist in der ersten Anlage fibröses oder fibrocelluläres Gewebe das Keimgewebe, in welchem später Fettgewebe auftritt und sich nun gleichmässig mitentwickelt. Dieses Vorwiegen von fibrösem Gewebe in Lipomen des Kindesalters macht die Diagnose anfangs oft unsicher, bis der gutartige Verlauf mehr Klarheit giebt. Als therapeutischer Eingriff kommt nur die Ausschälung in Frage, die in der Gegend des Wirbelcanals und des Kreuzbeines besondere Schwierigkeiten bieten kann.

Pils (Stettin).

T. H. Chandler. Thumb-sucking in childhood as a cause of subsequent irregularity of the teeth.

(Bost. med. and surg. Journ. 1878. Vol. II. p. 204.)

Sieht man von der hereditären Anlage ab, so giebt es keine Ursache, die so häufig zur Difformität der Kiefer und zur schlechten Zahnstellung führt, als die Gewohnheit des »Daumen-Lutschens« im ersten Kindesalter. Am Oberkiefer sieht man häufig hinter den vorderen Schneidezähnen eine tiefe Grube, welche vom Drucke des Daumens herrührt. Die nach vorn gerichteten Schneidezähne sind oft fächerförmig meist winklig gestellt, so dass der eine den anderen theilweise deckt; die vorgetriebene Oberlippe giebt dem Gesichte das Ansehen eines Prognatus. Der ganze Oberkiefer ist in die Länge gezogen, dadurch werden die Nasenwege verengt, die Athmung beeinträchtigt, so dass die Kinder mit offenem Munde schlafen müssen. Dieser letztere Umstand bewirkt durch den freien Zutritt der Luft Zersetzung, besonders Säuerung des Mundinhaltes und bei schon vorhandenen Zähnen Verderbniss derselben. Während der Oberkiefer nach vorn gezogen erscheint, wird der Unterkiefer durch den Fingerdruck in seinem vorderen Theile nach hinten, in seinen seitlichen Hälften nach aussen gedrängt; dadurch kommen die Mahlzähne derselben nach aussen, die Schneidezähne nach hinten von ihren Antagonisten im Oberkiefer zu stehen, ja die unteren Schneidezähne werden nicht selten bei geschlossenem Munde auf dem Zahnfleische des Oberkiefers ruhen. Treten die Schichtzähne hervor, so wird die Stellung eine noch schlechtere; der Mund kann nicht ordentlich geschlossen werden, das Kauen ist erschwert, die Sprache und das Aussehen des Gesichts leidet erheblich und endlich gehen die den verschiedensten Insulten ausgesetzten Zähne cariös zu Grunde. Durch die mangelhafte Mastication leidet weiterhin die Verdauung und die Ernährung. Aehnlich sind die Folgen des Lutschens am 2. und 5. Finger, an der Lippe und an der Zunge. Durch die Zunge besonders kann der Oberkiefer sowohl nach oben als besonders nach einer

Seite ausgeweitet werden und die Wirkungen sind um so stärker, als die schädliche Angewohnheit selbst im Schlafe ausgeübt und durch nichts verhindert werden kann. Diese Angewohnheit des Finger-Lutschens durch das übliche Bestreichen der Finger mit scharfen oder bitteren Stoffen zu beseitigen, ist nicht möglich; das einzige Mittel dagegen ist eine zweckmässige Kleidung, die vom Halse über den ganzen Körper herabgeht und die Arme mit einschliesst, aber frei lässt.

Pils (Stettin).

A. Doran. On complete intra-peritoneal ligature of the pedicle in ovariotomy.

(Barthol. Hosp. rep. 1877. p. 195.)

Es ist ein chirurgischer Grundsatz, wenn irgend möglich, keine fremden Körper in den Geweben und Körperhöhlen zu belassen; obwohl zahlreiche Fälle bekannt geworden sind, in welchen kein Schaden durch dieselben hervorgerufen wurde. Dieser letztere Umstand hat Ovariotomisten ermuntert, bei kurzen Stielen denselben mit einigen Fäden zu durchstechen, sie einzeln zu knoten, die Fäden hart am Knoten abzuschneiden und den Stiel in die Bauchhöhle zu versenken. Diese nach Holmes unchirurgische aber durch viele Erfolge gerechtfertigte Methode wurde zuerst von N. Smith (Connecticut) 1821 angewandt, ihm folgten Rogers 1829, Billinger 1835. Tyler Smith scheint der erste gewesen zu sein, der sie systematisch ausübte, weit früher ehe Spiegelberg und Waldeyer die Berechtigung dieser Methode durch ihre bekannten Versuche bewiesen hatten. Als Beleg dafür, dass das periphere Stielende nicht nekrotisire und die Fäden resorbirt resp. eingekapselt werden, verweist er auf das von Bantock 1872 der geburtshülflichen Gesellschaft vorgelegte Präparat, das ein Jahr nach verrichteter doppelseitiger Ovariotomie gewonnen war; der Hanffaden war bis auf den mit Peritoneum bedeckten Knoten gänzlich geschwunden. Verf. selbst untersuchte 6 Tage nach der Operation ein Präparat; alle 4 Fäden waren mit Lymphe bedeckt, das periphere Stielende war fest mit dem Lig. lat. durch Lymphe verwachsen. Bei einem 2. Präparate, 6 Monate nach der Operation gewonnen, war der Stiel durch eine gefässreiche, dünne Adhäsion mit dem Netze und durch eine zweite Adhäsion mit dem Lig. lat. verbunden; der freie Rand hatte sich nach innen umgeschlagen und angelöthet, so dass er eine Cyste bildete, dort wo der schnürende, jetzt vollständig verschwundene Hanffaden gelegen, sah man nur eine tiefe Furche im Gewebe.

Pils (Stettin).

R. Volkmann. Ueber den Mastdarmkrebs und die Exstirpatio recti.

(Sammlung klin. Vorträge No. 131.)

Da bei glücklich operirten Mastdarmkrebsen die Prognose bezüglich des Recidivs keine ungünstige und der Zustand der Operirten

meist ein relativ recht erträglicher ist, so steht der häufigeren Ausführung der Operation nur ein doppeltes Hinderniss im Wege: einmal, dass die Kranken oftmals zu spät sich einstellen, sodann die Gefahr einer durch die Verwundung direct erzeugten septischen Peritonitis, Retroperitonitis und Lymphangitis. Dem ersteren Uebelstand können die praktischen Aerzte dadurch begegnen, dass sie ihre Kranken, besonders solche, die an Haemorrhoiden, Katarrhen, Ulcerationen und Narben am Mastdarm leiden, zeitig genug einer localen Untersuchung unterwerfen; gegen die erhebliche Sterblichkeit in Folge des operativen Eingriffs schützen die Verbesserungen der Technik und der Wundbehandlung, wie sie Verf. in dieser Abhandlung mittheilt.

Das Verfahren ist je nach Sitz und Ausdehnung der Neubildung ein verschiedenes, immer aber muss das Bestreben darauf gerichtet sein, die Wunde während der Operation möglichst rein zu halten, nachher eine lineäre, sehr genaue Vereinigung der Ränder zu erzielen und durch passend angebrachte Drains, eventuell durch tagelang fortgesetzte, antiseptische Irrigation der Stagnation von Secreten vorzubeugen. Auf diesem Weg hat V. es erreicht, dass gegenüber der früheren erheblichen Sterblichkeitsziffer ihm jetzt kaum einer der operirten Fälle zu Grunde geht. —

Die Excision circumscripter Tumoren am Mastdarmeingang bietet keinerlei Schwierigkeiten, sie fordert nur eine quere Vereinigung der Wundränder zum Schutz gegen Verengerung. Bei den umschriebenen, kleineren Neubildungen in der Ampulle genügt meist eine mehrmalige forcirte, quere Dilatation der Sphinkteren mittelst Einhakens von 4 Fingern, um den Tumor vorfallen oder hervorziehen zu lassen. Gelingt letzteres nicht, muss innerhalb des Mastdarms operirt werden, dann wendet V. die einfachen Simonschen Specula an. Die Wunde kann in dieser Gegend auch eine vertikale Vereinigung erfahren. Das Drainrohr wird am besten durch einen besonderen Einstich nach aussen neben dem After herausgeleitet. Damit erspart man sich meistens den unbequemen hinteren Rectalschnitt.

Ist eine totale Exstirpation des Mastdarmendes nöthig, so wird das Rectum als geschlossene Röhre lospräparirt, wodurch Wunde und Darmlumen bis zum Schluss getrennt bleiben; nach der queren Abtrennung findet exacte Vereinigung der Darmschleimhaut nnd der äusseren Haut statt. Verletzungen des Peritoneums oder partielle Excisionen aus der hinteren Scheidewand fordern stets eine peinlich genaue Naht mittelst Catgut, erstere Complication bietet aber für V., auch wenn sie vorauszusehen ist, keine Contraindication; es muss nur durch tiefe Drains eine permanente antiseptische Irrigation durch 4—5 Tage eingeleitet werden. Bei den ringförmigen Erkrankungen oberhalb der Sphinkteren wird durch einen vorderen und hinteren Sphinkterenschnitt Raum geschaffen und nach Resection des röhrenförmigen Stücks die gesunde Schleimhaut an die

Sphinkterenlappen angenäht, auch der hintere und vordere Hülfsschnitt vor den eingelegten Drains vernäht.

In leichteren Fällen kann mit Silk und Watte tamponirt werden, schwerere verlangen die Irrigation. Der Operation geht stets eine gründliche Reinigung des Darms mit Laxantien und Klystieren voraus, nach derselben wird durch 5—8 Tage eine künstliche Obstipation unterhalten.

Unter den oben geschilderten Operationsweisen befürwortet V. vor Allem die totale Exstirpation des Rectums als weitaus am sichersten zum Ziel führend, ja er empfiehlt geradezu, sie zuweilen auch da anzuwenden, wo sie technisch allenfalls noch zu umgehen wäre.

Contraindicirt ist die Operation, sobald keine Aussicht mehr da ist, den Defect mit gesunder Schleimhaut zu decken; Krebse, welche die ganze hintere Scheidenwand oder Blase oder Urethra ergriffen haben, fallen eben so hieher. Sehr hoch hinaufragende Krebse sind nach dem einzelnen Falle zu taxiren, und hier könnte vielleicht durch Laparotomie und Exstirpation bis zum S. romanum geholfen werden.

Die Ausschabung ist ein meist ungenügendes und durchaus nicht ungefährliches Verfahren; die Colotomie soll nur als ultima ratio gelten.

Mögling (Schwenningen).

Mörike. Ueber die Amputation der Portio vaginalis.

(Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. III. Hft. 2. p. 328.)

Das Material zu dieser Arbeit liefern 100 Fälle von Amputationen der Portio, die von Prof. Schröder seit Mai 1876 ausgeführt sind. Nach einer tabellarischen Zusammenstellung der Fälle, aus der man die Indicationen, die Art der Operation und den weiteren Verlauf übersichtlich kennen lernt, ergiebt sich, dass 32 Mal bei Carcinom, 34 Mal bei Cervixkatarrhen und drüsiger Degeneration, 15 Mal bei Prolaps, 12 Mal bei Hypertrophie und 7 Mal bei Elongation operirt wurde. Mit einer Ausnahme (Ecrasement) wurde stets mit Messer und Scheere operirt. 3 Todesfälle: 2 Mal an Trismus und Tetanus, 1 Mal an Septikämie. — Schröder spaltet gewöhnlich zuerst die Portio bilateral, trägt jede Lippe einzeln ab und legt sofort die Naht an zur Blutstillung, resp. wendet andere Hämostatica an, wenn nicht genäht werden soll. Nur mit dem Messer lässt sich sicher alles krankhafte entfernen, nur nach Abtragung mit dem Messer kann prima intentio erreicht werden, nur das Messer versagt nie seinen Dienst. Bei Prolaps wurde theils ein Stück der Portio abgetragen, theils die Colporaphia ant. mit der Amputation der vorderen Lippe verbunden. Bei Carcinom wurde theils trichterförmig excidirt, theils einzelne Lippen keilförmig ausgeschnitten, gewöhnlich mit nachfolgender sehr ausgiebiger Anwendung von Ferrum candens. In 4 Fällen nahm Schröder die von ihm angegebene Entfernung des ganzen Cervix vor. 2 Mal bestand neben Carcinom Schwangerschaft. Von

besonders gutem Erfolg war die Amputation bei drüsiger Degeneration, in letzterer Zeit auch mit nachfolgender Naht.

F. Benicke (Berlin).

Roelen (Düren). Querbruch der Patella.

(Correspondenzblatt d. ärztl. Vereine f. Rheinl. etc. etc. 1878. No. 22. p. 31.)

R. bespricht sein Verfahren, Querbrüche der Patella zur knöchernen Vereinigung zu bringen, welches im Princip dem von Schede (Centralblatt f. Chirurgie 1877. No. 42) vorgeschlagenen ähnlich ist, und demonstrirt einen auf diese Weise glücklich geheilten Fall, der $1/2$ Jahr vor dem Erscheinen der Arbeit Schede's in Behandlung kam. R. benutzt statt der Heftpflasterstreifen Flanellbinden, und legt nicht den Gipsverband über die Binden, sondern diese über den mit Fenstern versehenen Gipsverband an. Durch einen sofort nach der Verletzung angelegten, vom Fusse zur Hüfte reichenden Gipsverband wurde die Resorption des Gelenkergusses befördert, 6 Tage später ein neuer Verband angelegt, in welchen zwei Binden von festem starkem Linnen eingegipst wurden, jede zu einer Schlinge zusammengelegt, die eine gut handbreit unterhalb der Kniekehle, die andere ebenso weit oberhalb derselben derartig, dass die Enden durchaus fest im Verbande waren, die Schlingen aber frei blieben. Fenster im Gipsverband, welches die Ränder der Patella ringsum in einer Breite von 1—2 Fingern blosslegt. Eine Flanellbinde wird nur durch die untere Schlinge durchgezogen, alsdann, wie bei der Schrägtour der Testudo um das obere Fragment herum und an der anderen Seite des Beines wieder zur Schlinge zurückgeleitet. Nachdem sie nun abermals durch diese hindurchgeführt war, wurde sie durch die obere Schlinge gezogen, dann um das untere Fragment herum und zur nämlichen Schlinge zurück, resp. wiederum durch dieselbe hindurchgeführt. Auf diese Weise bilden die Schlingen 2 feste Punkte, gegen welche die angezogene Binde die Fragmente bewegt und so coaptirt. Die Enden der Binde werden über dem Gipsverband zusammengebunden, das Fenster mit Watte ausgefüllt, diese durch Cirkeltouren gegen das Knie fest angedrückt. Die Flanellbinde wurde alle 8 Tage neu angelegt. Im demonstrirten Fall blieb der Verband 9 Wochen lang liegen. R. sieht die Vorzüge seines Verfahrens auch gegenüber dem Schede'schen darin, dass Erneuerung des Gipsverbandes nur in der allerersten Zeit nöthig ist, dass Beugung des Gelenkes auch bei Erneuerung des Bindenverbandes unmöglich gemacht ist, dass das jedesmalige Anlegen der Flanellbinden ohne Schwierigkeit und ohne Assistenz geschieht und dass die Lage der Fragmente in jedem Augenblicke controlirt werden kann.

Madelung (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Doutrelepont. Knochenbrüchigkeit in Folge von Carcinom.

(Sitzungsberichte der niederrhein. Gesellschaft; med. Section.)

D. hat bei 3 Frauen Knochenbrüche in Folge von secundärem Knochenkrebs entstehen sehen. Eine 73jährige Frau litt an Carcinom der rechten Fussohle. 1 Jahr nach Exstirpation desselben wurde das Bestehen eines Krebsrecidivs in den Lendenwirbeln durch schnell entstehende Kyphose, vollständige Paraplegie beider Beine, heftige Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäulenstelle bei Druck erkannt. 14 Monate nach der genannten Operation brach Pat., als sie sich auf einen Sessel setzen wollte und sich mit den Armen auf die Lehne stützte, unter deutlichem Geräusch den rechten Oberarm unter dem Ansatz des Musc. deltoideus. 1 Monat später Tod in Folge von Entkräftung. — Eine 60jährige Frau litt seit 2 Jahren an Carcinom der rechten Mamma und der Achseldrüsen. Nachdem 3 Monate bereits heftige Schmerzen im Oberschenkel empfunden waren, die zur Einhaltung fester Bettlage gezwungen hatten, trat plötzlich sehr beträchtliche Steigerung derselben ein. Deutliche Geschwulst, Verkürzung des Beines, abnorme Beweglichkeit liessen eine Fractur erkennen. Tod 1 Monat später. In diesen beiden Fällen wurde die Section nicht gestattet.

Bei einer 72jährigen Frau, die längere Zeit an aufgebrochenem, aber langsam wachsendem Carcinom der linken Mamma und der Achseldrüsen gelitten hatte, traten heftige Schmerzen im Verlauf des Nerv. ischiadicus auf. 4 Monate später fiel sie im Zimmer umhergehend und konnte sich nicht mehr erheben. — Fractura colli femoris — Verkürzung 7 cm. Behandlung auf der doppelten schiefen Ebene mit Pflasterextension bewirkte Nachlass der Schmerzen im Bein. Dann traten neuralgische Schmerzen erst im rechten, dann im linken Arme ein. An den unteren Halswirbeln bildete sich eine Kyphose. Der Kopf und Hals verloren jeden Halt. Tod 2 Monate, nachdem Pat. die Fractura femoris erlitten. Die Section zeigte, dass die Fractur ungefähr in der Höhe des Trochanter minor sich befand. Nur geringe Beweglichkeit, obwohl nur geringer periostaler Callus vorhanden ist. Die Markhöhle des Femur ist bis zur Mitte desselben mit Krebsknoten ausgefüllt. Die Corticalis durch dieselben besonders an der Fracturstelle stark usurirt. Die Körper der unteren Halswirbel sind gleichfalls mit central gelegenen Krebsknoten durchsetzt, die hauptsächlich nach dem Rückenmark zu die Knochensubstanz usurirt haben. **Madelung** (Bonn).

Klammroth. Fall von Tetanus traumaticus, erfolglos mit Nervendehnung behandelt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 44.)

Bei einem kräftigen Mädchen von 17 Jahren, bei welcher nach einer kleinen Verletzung in der Planta pedis Tetanus aufgetreten war, machte K. nach vergeblicher Behandlung mit Chloralhydrat und Morphium am 2. Tage die Dehnung des N. cruralis unterhalb des Poupart'schen Bandes. Ein Erfolg war nicht zu constatiren, Pat. starb nach 2 Tagen. **Urlichs** (Würzburg).

Duplay. Contracture permanente de cause traumatique des muscles du coté droit de la face et du masseter correspondent.

(Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. Tome III. No. 9. Séance du 10. Oct.)

Ein 19jähriger Arbeiter hatte vor 3 Wochen von einem Pferde einen Hufschlag gegen den rechten Unterkiefer erhalten, der ihn zu Boden warf, wobei er sich eine kleine Wunde in der Gegend der linken Augenbraue zuzog. Als nach 8 Tagen sich die Geschwulst des Gesichts verlor, zeigte sich eine Contractur der ganzen rechten Gesichtshälfte. Die Kaumuskulatur, sowie die ganze vom Facialis innervirte Muskulatur befand sich in stark contrahirtem Zustande, so dass Pat. den Mund nicht öffnen konnte. Das Gesicht war nach rechts verzogen, gerunzelt, blieb bei Bewegungen der linken Gesichtshälfte unverändert. Die betreffende

Muskulatur fühlte sich hart an. Zuweilen klagte Pat. über Prickeln in der betreffenden Seite und leichte Zuckungen, war jedoch sonst ohne Schmerzen. Sensibilität nicht gestört.

Elektricität konnte nicht ertragen werden. Die Kiefer wurden allmälig durch hölzerne Keile auseinander gebracht. Nach 6 Wochen völlige Heilung.

Boeters (Berlin).

Rainsford. Congenitaler Irismangel.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. II. p. 359.)

Ein 9jähriges Kind zeigt Irismangel auf beiden Augen; die Augäpfel waren im Verhältnisse zur Augenhöhle zu klein; die durchsichtige Cornea, nicht genügend entwickelt, hatte dieselbe Krümmung als die Sclera; die opake Linse war geschrumpft; der starke Nystagmus vereitelte die ophthalmoskopische Untersuchung; Finger konnten auf 18″ Entfernung gezählt werden. Erst 5 Wochen nach der Geburt soll das Kind die Augen geöffnet haben; die Mutter soll ebensolche Augen besitzen.

Pilz (Stettin).

H. Chiari. Ueber einen Fall von Osteom der Trachea.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 34.)

Verf. fand zufällig bei der Section einer 25jährigen Jüdin, die an acuter Phthisis gestorben war, miliare, anscheinend mit den Trachealknorpeln in keinem Zusammenhange stehende, mucöse Trachealosteome in Form von Körnern, Plättchen und Platten. 1865 entdeckte Steudener in der Leiche eines Geisteskranken miliare Osteome in der Trachealschleimhaut und 1855 Rokitansky ebensolche bei einer 42jährigen Frau, die an Uteruscarcinom gestorben war. —

v. Mosengeil (Bonn).

Creus. Introduccion accidental de sanguijuelas en algunas cavidades.

(El siglo medico 1878. No. 1271.)

Ein 34jähriger Bauer litt seit $1^1/_2$ Monaten an Haemorrhagien, begleitet mit Husten und Dyspnoe, fieberte leicht des Abends, war blass und heruntergekommen. Er behauptete, einen Blutegel beim Trinken verschluckt zu haben, und fühlte sogar öfters Bewegungen des Thieres in der Kehle. Man hörte Geräusche in der Trachea unterhalb des Larynx. Da durch Emetica etc. das Thier nicht entfernt werden konnte, improvisirte C. aus einem Draht, an dessen Ende ein kleines Schwämmchen befestigt wurde und die Krümmung des Schlundes bekam, ein Instrument, befeuchtete das Schwämmchen mit einer concentrirten Kochsalzlösung und führte unter Leitung des linken Zeigefingers, der bis zur Epiglottis vorgeschoben wurde, besagtes Instrument in den Larynx ein, machte einige rasche Bewegungen und zog das Instrument zurück. Gleich darauf folgte ein starker Hustenstoss, mit welchem der Blutegel herausbefördert wurde. 2 weitere Fälle durch dieselbe Methode geheilt, werden aufgeführt. Von einer laryngoskopischen Untersuchung ist nicht die Rede. Schliesslich wird das Verfahren als ein originelles des Dr. Creus geschildert, obwohl, wie zwar nicht angeführt, schon Ridreau 1854 mehrere ähnliche Fälle beschreibt, in welchen die Anneliden theils spontan, theils durch Einspritzungen von Tabakabkochungen oder concentrirte Salzlösungen entfernt wurden. (Wären nicht das einfachste und schonendste Verfahren in diesen Fällen concentrirte Kochsalzinhalationen? Ref.)

Kispert (Madrid).

A. M. Niets. Heridas penetrantes de vientre con salida de los Intestinos.

(El siglo medico 1878. No. 1282.)

Eine 56jährige Frau von guter Constitution glitt beim Hinaufsteigen einer Leiter aus und rannte sich einen Pfahl in den Bauch, wodurch sie sich 2 grosse Wunden zuzog. Die eine dieser Wunden hatte die Form eines Y, die Verzweigung war eine seitliche und nahm ihren Ursprung beiderseits von der Spina ilei ant. inf., der Vereinigungspunkt war oberhalb der Symph. pubis. Von hier aus verlief die Wunde senkrecht nach unten bis zum Orificium urethrae. Durch diese Wunde traten die Eingeweide und ein Theil des Mesenterium aus. Die Einge-

weide waren unverletzt. Die zweite penetrirende Wunde, 1,5 cm lang, linkerseits verlief im Niveau der Linea hypogastrica. Die Ränder beider Wunden waren zerfetzt. Die Eingeweide wurden lege artis reponirt, die Wundränder vereinigt und darüber Arnica-Umschläge gemacht. Die Wunden heilten nicht vollständig per primam, doch verliess Patientin am 27. Tage nach der Verletzung das Bett und am 51. Tage war sie vollständig wieder arbeitsfähig. **Kispert** (Madrid).

T. Barlow. Ovariotomy in a child aged twelve years.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. I. p. 773. [Clinic. soc.])

Bei dem nicht menstruirten Mädchen war seit 18 Monaten ein jetzt leicht beweglicher, schmerzloser Tumor in der rechten Bauchseite entstanden; nach aussen zu fühlte man eine feste Masse, nach innen zu eine Cyste. Die einzige Beschwerde war zur Zeit die Constipation. Punction mit feiner Kanüle entleerte 1 Drachme strohgelber Flüssigkeit; am folgenden Tage bestand Fieber; am 4. Tage war der Tumor verkleinert, die Bauchdecken erschienen mehr eingefallen, der harte Theil der Geschwulst war deutlich fühlbar. Die Cyste zeigte keine Fluctuation, sie war schlaff. Nach 6 Tagen war die Cyste wieder gefüllt, 15 Tage später wurde sie durch Aspiration vollkommen entleert. Der Inhalt betrug 6 Pinten. Da die Cyste sich nochmals füllte, so machte Marsh die Ovariotomie. Die Cyste war nicht verwachsen; um den fleischigen, dicken Stiel wurde Spencer Wells' Klammer gelegt, die Bauchwunde mittelst Drahtsuturen geschlossen. Die Klammer fiel am 13. Tage. Pat wurde in der 11. Woche geheilt entlassen. Der Tumor wog 2 Pfund 4 Unzen, war fast kuglig und maass 6 Zoll im Durchmesser. Die untere Hälfte bildete eine dünnwandige Cyste, an deren Innenwand secundäre Cysten sprossten; die harte Masse bestand aus Knochensubstanz, 2" breit und 4" lang; mehrfache Cysten sassen an der Oberfläche der Geschwulst, theils gelatinöse Flüssigkeit, theils Hautschmiere und kurze Haare enthaltend. — Marsh erwähnt, dass von Spencer Wells ein 8jähriges Kind, von einem amerikanischen Operateur ein 7jähriges, ja von Brown ein 2jähriges Kind glücklich operirt worden sei. — In der Discussion tritt Maunder dafür ein, die Punction nur zur Sicherstellung der Diagnose zu benutzen, da sie nicht ohne Gefahren sei, ja mehrfach von tödtlicher Peritonitis begleitet wurde; auch in vorliegender Beobachtung sei Austritt von Flüssigkeit in's Abdomen erfolgt. Woltshire macht darauf aufmerksam, dass gerade Dermoidcysten durch die Art ihres Inhaltes zu gefährlichen Zersetzungen in der Bauchhöhle Veranlassung geben können; er stimmt mit Marsh überein, dass im Kindesalter vorwiegend Dermoide zur Beobachtung kommen.

Pilz (Stettin).

Bryant. Nephritic abscess — opened by lumbar incision — great relief — bronchitis, death. — Guy's hospital.

(Med. times and gaz. 1878. September 7.)

42jährige verheirathete Frau, kränklich seit ihrer letzten sehr schweren Entbindung. Der Urin wurde allmälig dick und es stellten sich Schmerzen bei der Entleerung desselben ein. Es fand sich eine leichte Anschwellung in der rechten Nierengegend, die ziemlich druckempfindlich war; der Urin enthielt reichliche Mengen Eiter ohne Schleim, keine Cylinder. Als die Anschwellung deutlicher, der Eitergehalt des Urins stärker wurde, wurde ein 3 Zoll langer Querschnitt in der rechten Lumbargegend, ein Drittel des Wegs von der Crista ossis ilei bis zur letzten Rippe gemacht, vorsichtig auf die Niere zu präparirt, das ausgedehnte Nierenbecken incidirt und $2^1/_2$ Unzen Eiter entleert. Ausspülung mit verdünnter Jodtinctur, Drainage. Pat. fühlte sich nach der Operation sehr erleichtert, der Eiter verschwand aus dem Urin. Am 6. Tage stellte sich hohes Fieber ein, und Pat. starb am 9. Tage nach der Operation. — Die Section ergab alte peritonitische Schwarten im Becken, in welche der Ureter eingebettet und so stenosirt war; im Anschluss daran Hydronephrose und Pyonephrose, subacute Cystitis. Die linke Niere vergrössert, 9 Unzen schwer. **H. Wildt** (Berlin).

E. L. Hussey. Case of aneurism in the gluteal region after a punctured wound.

(Barthol. hosp. rep. 1877. p. 167.)

Der 53jährige Mann erhielt vor $3^1/_2$ Monaten einen Messerstich in die linke Glutealgegend; die heftige Blutung führte zu tiefer Ohnmacht; 3—4 Wochen später bildete sich an der Stichstelle eine kleine Anschwellung, die nach weiteren 4 Wochen eine hörbare, aber nicht fühlbare Pulsation zeigte. Nach weiteren 4 Wochen war die pulsirende Schwellung um das dreifache gewachsen und Pat. konnte das Bein vor Schmerzen nicht bewegen. In der Narkose nach Anlegung des Lister'schen Aortentourniquet's wurde über der alten Narbe auf 8″ Länge eingeschnitten, die kuglige, fluctuirende Bluthöhle eröffnet; sogleich entleerte sich eine Menge geronnenen und flüssigen Blutes. Es bestand eine arterielle Blutung im obersten Theile der Höhle; der $^1/_4$″ lange Schlitz in der Arterie wird mit dem Finger geschlossen und nach Erweiterung der Wunde über und unter demselben eine Ligatur angelegt. Am 7. Tage erfolgte die erste Nachblutung. Eröffnung der Höhle; die an der blutenden Stelle angebrachte Ligatur glitt ab, eine die anliegenden Theile miteinschliessende Ligatur hielt und stillte die Blutung vorübergehend. Nachdem noch weitere Nachblutungen anscheinend an den Stellen, an welchen schon Unterbindungen gemacht waren, aufgetreten, und Pat. für die Unterbindung der Iliaca zu schwach geworden, starb er am 16. Tage nach der Operation. Der grosse, abwärts verlaufende Zweig der Glutea war verletzt gewesen.

Hieran schliesst H. eine frühere, ebenfalls im Radcliffe-Hospital (Oxford) beobachtete, ähnliche Verletzung. 1846 wurde ein Arbeiter durch einen Axthieb in der Glutealgegend verletzt, es erfolgten mehrere Nachblutungen, die Blutung schien aus der Glutea zu kommen; da kein offenes Lumen erkannt werden konnte, so wurde dieselbe sammt dem umliegenden Gewebe in eine starke Ligatur gefasst: fernere Blutungen traten nicht ein; Heilung. **Pilz** (Stettin).

Nedopil. Symmetrische Gangrän der Extremitäten.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 23.)

Unter dem Namen der symmetrischen Gangrän der Extremitäten beschrieb Raynaud eine Art trockner Gangrän, die unabhängig von einer wahrnehmbaren anatomischen Veränderung des Gefässsystems ist, und immer die homologen Theile beider Körperhälften ergreift; sie ist das Endstadium der localen idiopathischen Asphyxie; jedoch kann die locale Asphyxie verschwinden oder stationär bleiben. Die locale Asphyxie tritt ferner in zwei Formen auf. Die befallenen Theile werden völlig blutleer und leichenblass oder livid und turgescent; der arterielle Einfluss von Blut hört plötzlich auf und es tritt eine capilläre Stase des Blutes ein. Beide Zustände können nacheinander an den von Localasphyxie befallenen Theilen vorkommen. Meist werden Frauen und junge Mädchen von dem Leiden betroffen; in Folge der geringfügigsten Veranlassungen, z. B. Kältewirkung, fühlen sie z. B. plötzlich ihre Finger kühl werden und erblassen. Meist beginnt die Erscheinung an demselben Finger und folgen die übrigen in derselben Reihenfolge. Die Dauer des Anfalls zieht sich von einigen Minuten bis zu mehreren Stunden hin. Die intensiveren Anfälle sind mit brennenden Schmerzen verbunden. Dieselben kommen mit gewissem Typus zu bestimmten Tages- oder Jahreszeiten vor, richten sich nach der Menstruation u. s. f. Im Allgemeinen tritt nach Aufhören des Anfalls der normale Zustand wieder ein. Wird der Anfall jedoch sehr hinausgezogen, so folgt Gangrän unter starken Schmerzen. Dieselbe kann sich in verschiedener Form entwickeln, in derjenigen der Mumificirung, wie nach Erfrierung, oder als eigenthümliche Pergamentmetamorphose mit Abblättern der abgestorbenen Partien. Da die Erscheinung in Oesterreich seltener ist, als in Frankreich, wird von N. der einzige Fall, der in Wien beobachtet worden ist, genauer beschrieben. Er betraf eine junge Dame, welche eine Phalanx gänzlich verlor, während die entsprechende Phalanx desselben Fingers der anderen Hand verkümmerte. **v. Mosengeil** (Bonn).

Maunder. Popliteal aneurism — flexion — digital compression — cure. London hospital.

(Med. times and gaz. 1878. Juli 27.)

Eine Frau bemerkte vor 7 Monaten eine kleine pulsirende schmerzhafte Anschwellung in der rechten Kniekehle, die durch längere Bettruhe verschwand. Nach dreimonatlicher Pause Wiedereintreten der Beschwerden und Wachsen des Tumors. Zuerst wurde mehrere Tage hindurch die rechte untere Extremität in Hüfte und Knie spitzwinklig gebeugt und in dieser Stellung durch Bandagen befestigt. Die dabei entstehenden Schmerzen waren so heftig, dass Pat. fast ununterbrochen in der Narkose erhalten werden musste. Die Pulsation in dem Aneurysma wurde geringer, hörte jedoch nicht ganz auf; zuletzt platzte dasselbe und das Blut ergoss sich zwischen die Flexoren um die Kniekehle. Eine 12 Stunden lang fortgesetzte Digitalcompression der Arteria femoralis brachte die Pulsation in dem Tumor zum Verschwinden; dieselbe kehrte noch einmal in ganz geringem Grade zurück, um drei Tage später definitiv aufzuhören. Eine angeblich schon vorher bestandene Lähmung der Extensoren des rechten Fusses heilte unter galvanischer Behandlung. **H. Wildt** (Berlin).

Bryant. A case of gangrene of the foot, after the application of an interrupted elastic bandage for the cure of a popliteal aneurism. — Guy's hospital.

(Med. times and gaz. 1878. Juli 27.)

Bei einem 45jährigen, sonst gesunden Arbeiter war angeblich seit 4 Wochen ein Aneurysma in der rechten Kniekehle entstanden und bis zur Grösse eines Apfels gewachsen. Da Pat. die Compression der Arteria femoralis auch nur für eine Minute nicht aushielt, so wurde eine Esmarch'sche Binde von den Zehen bis zu dem Sack angelegt, dieser selbst ausgeschaltet und die Binde oberhalb befestigt. Pulsation sofort verschwunden, grosse Schmerzen trotz Morphium. Esmarch'sche Binde nach $2\frac{1}{2}$ Stunden abgenommen, Tumor ist hart, pulsirt ein wenig. Drei Tage später, als der Tumor wieder zu wachsen anfing, Wiederholung der Procedur trotz grosser Schmerzen drei Stunden lang. Unterschenkel danach sehr kalt und blass, die Pulsation bestand, wenn auch schwach, weiter fort. Daher 12 Tage später Unterbindung der Arteria femoralis mit Catgut in der Mitte des Oberschenkels. Im Anschluss daran Gangrän des Fusses; 4 Wochen später Amputation des Unterschenkels zwischen mittlerem und unterem Drittel. Langsame Heilung unter theilweiser Lappengangrän und Knochennekrose.

H. Wildt (Berlin).

Gersuny. Zur Klumpfussbehandlung bei Erwachsenen.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 30.)

Verf. beschreibt die bekannte Manier, mit Gipsverbänden Klumpfüsse bei Kindern orthopädisch zu heilen, erwähnt dann, dass bei Erwachsenen wenig günstige Chancen für gute Resultate bei dieser Methode vorhanden seien und die keilförmige Excision oder das Evidement des Talus in ihre Rechte träten. Trotzdem versuchte er bei einem hochgradigen Klumpfuss einer jungen Dame von 20 Jahren, welche in keine grössere Operation gewilligt hätte, nach Discision der Plantaraponeurose die Redression der Stellung in der Narkose und Fixation im Gipsverband. Der erste Erfolg war wenig ermunternd, aber bei fortgesetzter Behandlung war nach vier Monaten eine fast normale Stellung erreicht; nur erschien der Fuss, der etwas im Wachsthum zurückgeblieben war, kürzer als der andere, was bei der Keilexcision noch mehr der Fall gewesen sein würde.

v. Mosengeil (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. von Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Fünfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 52. Sonnabend, den 28. December. 1878.

Ein neuer Apparat für den Gipsverband bei Schenkelbrüchen.

Von

Dr. N. **Studensky** aus Kasan.

Das Anlegen eines Gipsverbandes mit einem Beckengürtel bei einem Schenkelbruch bildet überhaupt eine ziemlich schwierige Aufgabe; wenn man es aber mit einigen Wunden zu thun hat und es folglich nothwendig ist, eine entsprechende Zahl von Fenstern zu machen, so wird die Aufgabe noch schwieriger. Die Hauptsache besteht nicht in dem Verbande selbst, welcher ebenso einfach, wie überhaupt jeder Gipsverband ist; die Schwierigkeit liegt in Nebenumständen, d. h. in der anstrengenden Lage des Kranken, in der Nothwendigkeit, einige Gehülfen zu haben, in der unvollkommenen Zugänglichkeit des kranken Beines und besonders des Beckens u. s. w. Hieraus erwächst das Bestreben der Chirurgen, Tische zu construiren, welche die Anlegung des Verbandes erleichtern.

Von jeder mechanischen Vorrichtung, welche für diesen Zweck bestimmt ist, verlangt man:

1) dass das ganze gebrochene Bein und das Becken zugänglich seien, so dass nichts das Anlegen der Binden behindere: während andererseits doch die Bruchenden sich in richtiger Berührung mit einander befinden sollen;

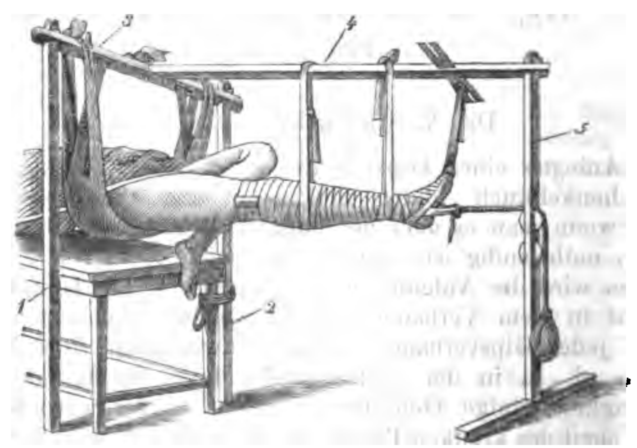
2) die möglichste Einfachheit und Billigkeit des Apparates — Bedingungen, welche nicht nur für reiche Krankenanstalten nicht überflüssig, sondern auch in Kriegszeiten völlig unentbehrlich sind;

3) eine möglichst geringe Zahl von Gehülfen und sogar die Möglichkeit allein den Verband anlegen zu können;

4) eine bequeme Lage des Kranken während der Dauer der Anlegung des Gipsverbandes und seines Trocknens, so dass der Chirurg wegen des Schmerzes oder der Ermüdung des Kranken sich nicht zu beeilen braucht.

Bei einer Musterung aller vorhandenen mechanischen Vorrichtungen zur Anlegung des Gipsverbandes bei Schenkelbrüchen bin ich, von dem Gesichtspunkte der soeben erwähnten Bedingungen ausgehend, zu der Ansicht gelangt, dass kein einziger von jenen Apparaten allen vier, sehr natürlichen Forderungen entspricht. Einige von ihnen gewähren genügenden Raum zur Anlage des Verbandes, sind bequem für den Kranken, verlangen keine Gehülfen, sind aber dafür theuer und massiv; andere dagegen sind billig, aber unbequem.

Im letzten russisch-türkischen Kriege habe ich nicht selten sehr grosse Schwierigkeiten beim Gipsverbande für gebrochene Schenkel gehabt, weil es unmöglich war, bequeme und nicht zu theuere Tische zur Verfügung zu haben. Die Nothwendigkeit liess mich einen solchen Apparat construiren, welcher von jedem einfachen Schreiner gemacht werden kann, zugleich aber vollständig seinem Zwecke entspricht.



Hier ist seine Beschreibung: Der ganze Apparat besteht eigentlich aus 5 Holzstangen, von denen drei untereinander in Form eines

Galgens verbunden sind; in die Mitte des Querholzes wird unter einem rechten Winkel die vierte Stange in horizontaler Richtung eingefügt, welche sich mit ihrem anderen Ende auf die fünfte, von gleicher Länge mit den zwei ersten, stützt, so dass die erste, zweite und fünfte vertical gestellt sind, während die dritte und vierte eine horizontale Lage haben. An der fünften Stange, welche zu grösserer Sicherheit beim Aufstellen an ihrem unteren Ende ein Querholz hat, sind in verschiedener Höhe Rollen angebracht. Sämmtliche Stangen werden durch Keile in einander gefügt. Dieser Apparat, an Gewicht nicht mehr als zwanzig bis fünfundzwanzig Pfund betragend, ist daher bequem und leicht transportabel. Um dem Kranken nicht überflüssige Schmerzen zu verursachen, legt man, im Bette noch, um die Aussen- und Innenfläche des Fusses bis zur Mitte des Schenkels eine feuchte Binde so, dass unter der Fusssohle ein Schlinge gebildet wird. Diese Längsbinde wird mit Circulargängen einer Flanellbinde befestigt und ihre Enden werden bei der letzten Biegung nach unten gebogen und auch zusammengebunden, damit bei der letzten Ausdehnung die Binde nicht durch die Schwere des angehängten Gewichtes herausgezogen werden kann. Der Kranke wird auf den Rand eines gewöhnlichen Operationstisches gelegt, so, dass das Gesäss über denselben hervorragt. Dann wird der beschriebene Apparat an das Fussende des Tisches gestellt.

Da der Apparat frei steht und daher etwas wanken könnte, so muss eine der Stangen an den Fuss des Tisches befestigt werden. Unter das Gesäss legt man ein Stück starker Leinwand, welche an beiden Enden in drei Theile zugeschnitten wird, so dass diese auf dem Querholz mit einander verknüpft werden können. Damit die Binden nicht nach der Mitte des Querholzes abrutschen, ist es nicht überflüssig in seine obere Fläche ein paar Holzpflöcke einzuschlagen. Das kranke Bein wird vermittelst zweier oder dreier Binden, welche an die von der Mitte des Querholzes ausgehende (vierte) Stange befestigt werden, sogleich in eine schwebende Lage gebracht. Ausserdem wird an die Verbandschlinge an der Ferse ein über eine (in der fünften Stange liegende) Rolle gehendes Gewicht angehängt, welches hinreicht, die Längsverschiebung der Bruchenden zu verhüten und dadurch dieselben in gegenseitiger Berührung zu erhalten. Gleichzeitig mit dem Anhängen des Gewichtes oder sogar noch etwas früher, legt man am Perineum eine entgegengesetzt wirkende Schlinge einer starken Binde an, welche mit ihren Enden am Kopfende des Bettes befestigt wird. Da bei den Brüchen der oberen Hälfte des Schenkels die Fusssohle sich nach aussen wendet, so ist es nicht überflüssig, an die (vierte) Längsstange ein Querbrettchen über der Sohle zu befestigen, an welches man die in eine richtige Lage gebrachte Sohle vermittelst einer Binde befestigen kann.

Wenn der Kranke auf diese Weise gebettet ist, kann der die Binde Anlegende ganz ohne Gehülfen auskommen. Das ganze Bein und das Becken sind vollkommen für die Anlegung der Binde zu-

gänglich; der Kranke liegt bequem. Die Schnüre, durch welche der Kranke in schwebender Lage erhalten wird, hindern durchaus nicht das Anlegen der Binden, weder der zur Unterlage dienenden, noch auch der Gipsbinden; sie werden mit der Binde umgangen und mit Gips belegt; ebenso wird das Stück Leinwand, auf welchem das Becken ruht und die entgegengesetzte Schlinge mit Gips belegt. Das Stück Leinwand, welches zur Aufnahme des Beckens bestimmt ist, wird zu dem Zwecke von beiden Seiten in drei Theile geschnitten, damit es möglich ist, die Binden frei zwischen ihnen durchzuführen. Wenn der Verband trocken geworden ist, können diese zum Aufhängen bestimmten Schnüre abgeschnitten und ihre Enden, des besseren Aussehens wegen, mit Gips bestrichen werden. Wenn aber auf der unteren Fläche des Schenkels ein Fenster gemacht ist, so ist es besser, bei der in Aussicht stehenden Nothwendigkeit, den Fuss während der folgenden Reinigungen der Wunden aufzuheben, diese Schnüre nicht abzuschneiden, da man mit ihrer Hülfe den Kranken jedes Mal an denselben Apparat, welcher über dem Bette des Kranken aufgestellt ist, befestigen kann.

Der beschriebene Apparat kann zum Aufheben der Kranken, während der Auswaschung von grossen Wunden und bei Decubitus auf dem Rücken und dem Gesäss dienen, wobei man bei schwachen Kranken gewöhnlich auf bedeutende Hindernisse stösst, welche nur durch eine grosse Zahl von Gehülfen beseitigt werden können. Mit diesem Apparate kann der Kranke so hoch aufgehoben werden, dass ein Becken untergeschoben und auf diese Weise die Wunde rein ausgewaschen werden kann. Im letzteren Falle ist es nicht nöthig, den Kranken vom Bette zu entfernen, sondern man muss nur unter den oberen Theil des Körpers ein dickes Kissen legen, das Gesäss und die Füsse in eine schwebende Lage bringen. Wenn kein Operationstisch vorhanden ist, so kann man den Verband auch auf einem gewöhnlichen Bette anlegen, nur muss man 2—3 Matratzen darauf legen, so dass dieselben über den Bettrand hervorragen; der Kranke wird auf dieselbe Art gebettet, wie auf dem Tische. Wenn das Bett niedrig ist, so ist natürlich das Anlegen des Verbandes für den Chirurgen schwieriger, weil er die ganze Zeit in gebückter Stellung bleiben muss.

Ungeachtet der Einfachheit des beschriebenen Apparates kann es doch vorkommen, z. B. auf dem Verbandplatze, dass auch er nicht herzustellen ist. In solchen Fällen kann man in die Erde drei Pfähle einschlagen (zwei vorn und einen hinten) und daran mit Stricken eine Quer- und eine Längsstange befestigen: statt der Rollen kann man in der hinteren Stange, in gleicher Höhe mit dem Fusse eine Oeffnung bohren und einen Strick durchziehen für das Gewicht, welches in diesem Falle viel grösser sein muss, als bei der Rolle. Der Werth des Apparates wird dadurch keineswegs geschmälert, wenn man nur den Zweck im Auge hat, welchen man durch ihn erreichen kann.

Ueber den Preis des Apparates zu sprechen, halte ich für überflüssig, da er ein ganz geringer ist, selbst wenn der Apparat auch auf das Sorgfältigste gearbeitet wird. —

J. Israel. Neue Beobachtungen auf dem Gebiete der Mykosen des Menschen.

(Virch. Arch. Bd. LXXIV. p. 15—51.)

Eine 39 jährige Frau, welche vor und während ihrer Krankheit in einer feuchten Wohnung mit reichlicher Schimmelbildung wohnte, war mit Gliederschmerzen, täglichen Fieberanfällen, intermittirendem Husten (einmal mit blutigem Auswurf) im Herbst 1876 erkrankt, nachdem sie ein Vierteljahr vorher mit der Brust gegen eine Brettkante gefallen war. Geraume Zeit später bildete sich am Thorax zuerst, dann in Zwischenräumen von 8 — 14 Tagen an zahlreichen Körperstellen eine Reihe von Abscessen aus, welche auf Incision reichlichen, höchst übelriechenden Eiter entleerten. Der schleimig-zähe, grün gefärbte Eiter war wie besäet mit gelblichen Körnchen von Hirsekorngrösse und darüber, welche der Hauptmasse nach aus langen, sehr blassen und feinen, ungegliederten Mycelfäden bestanden. Ausser den Fäden fanden sich in diesen Pilzconglomeraten feinste coccusähnliche Formelemente und in ausserordentlich grosser Zahl glänzende Gebilde von birnen- oder keulenförmiger Gestalt, welche sich als endständig von den Mycelien producirte Gonidien herausstellten. Dieser Befund war in mehr als zwanzig successive eröffneten Abscessen stets der nämliche. Die Untersuchung des Blutes auf Pilzelemente fiel negativ aus. — Nach 3 Wochen ging die Patientin unter pyämischen Erscheinungen zu Grunde. Bei der Section fanden sich im Unterlappen der linken Lunge mehrere Höhlungen von unregelmässiger Form und verschiedener Grösse, deren eine mittelst eines Ganges, welcher in den grossen, am Thorax befindlichen und zuerst von allen sichtbar gewordenen Abscess einmündete, nach der linksseitigen Brustwand durchgebrochen war. An kleineren Höhlen liess sich erkennen, dass sie aus ulcerirten und erweiterten Bronchien hervorgegangen waren. Den Inhalt dieser Hohlräume bildete ein Gemisch von Eiter und Pilzconglomeraten von derselben Beschaffenheit, nur von beträchtlicherer Grösse, wie die in den Abscessen vorgefundenen. Die zum Theil rauhen, von vielen kurzen, unter dem Wasserstrahl flottirenden, gelbbraunen Gewebsfetzen austapezierten Wandungen waren desgleichen von diesen Pilzhaufen ausserordentlich reich durchsetzt.

Mikroskopische Schnitte durch die unteren Partien der Lunge ergaben in derb fibrösem Gewebe neben reichlicher Zellinfiltration das Vorhandensein der coccusähnlichen Körnchenanhäufungen, die sich entweder diffus im Gewebe verbreitet, oder in Gewebsspalten und Lymphbahnen Platz gegriffen hatten, während die Blutgefässe frei blieben und hier Fäden sowohl wie Gonidien fehlten. Ebenso

fanden sich lediglich Körnchenanhäufungen und zwar zusammengeballt in Conglomeraten bis zu Stecknadelkopfgrösse — in cavernös erweiterten Lymphräumen im Bereich einer Adhäsionsschwarte an der Lungenbasis. — Fernere pilzkornreiche Eiterhöhlen wurden nachgewiesen in den Adhäsionen der sonst von Heerderkrankungen freien rechten Lunge, in der Milz, von deren Parenchym nur noch wenig übrig geblieben war, in der Rindensubstanz der Nieren (in der Marksubstanz fehlten sie gänzlich), in der geschwollenen Schleimhaut der Darmstrecke vom Duodenum bis unterhalb der Ileo-Coecal-Klappe und in der fettig degenerirten Leber, deren Pfortaderäste überall mit erweichten Thromben oder eitriger Flüssigkeit angefüllt waren. Unter den Nierenheerden befanden sich solche, welche nur aus Körnchen bestanden; in der Umgebung dieser Infarcte fehlte jede entzündliche Veränderung, während die Eiterung in der Umgebung derjenigen Conglomerate niemals vermisst wurde, aus welchen Fäden oder Gonidien hervorsprossten.

Die epikritische Deutung, welche Verf. dieser höchst bemerkenswerthen Beobachtung giebt, ist kurzgefasst folgende: Die schwielig-bindegewebige Induration in der Umgebung der beiden Lungenhöhlen und der Umstand, dass die in denselben gefundenen Pilzconglomerate an Grösse und an Ausbildung ihrer Bestandtheile, sowie in Bezug auf Reichhaltigkeit von Theilungs- und Sprossungsvorgängen alle sonst im Körper gefundenen weitaus übertrafen, beweisen, dass der Ausgangspunkt der pyämischen Erkrankung in einer primären Lungenaffection zu suchen sei. Die chronische Pneumonie des Unterlappens kann in Beziehung zu dem erwähnten Fall gegen die Brettkante gebracht werden (traumatische Pneumonie), die Verschwärung der Bronchien erfolgte durch die Zersetzung des in ihnen stagnirenden Secrets, die Weiterverschleppung der hier entwickelten Pilzelemente ging zunächst in den Lymphbahnen, dann mit dem Blutstrom, als Metastasirung der kleinen Körnchenhaufen vor sich, aus denen dann die Pilzrasen von complicirterer Zusammensetzung sich ausbildeten. Beweisend hierfür ist das mikroskopische Verhalten der Nieren, wo sich die einzelnen Entwickelungsstadien Schritt für Schritt verfolgen liessen. Hier hatten sich zuerst in den infarcirten Glomerulusschlingen und den Vasa afferentia Körnchencolonien angesiedelt, von deren Peripherie zunächst radiär ausstrahlende Fäden auswuchsen, die Gefässwand vernichteten und endlich wieder an der Peripherie des Haufens die glänzenden birnförmigen Körper von sich ausgehen liessen. Von da ab wuchsen die Conglomerate zu kugeligen Gebilden mit drüsiger Oberfläche aus. Anders in der Leber, wo überall die Pilzhaufen, in allen ihren Bestandtheilen vollständig fertig, in grossen Pfortaderästen angetroffen wurden, und als von der Milzvene her embolisirt aufgefasst werden mussten.

Die in diesem Fall unerledigt gebliebene Frage, ob die ursprüngliche Brutstätte der pflanzlichen Parasiten in der Mundhöhle zu suchen sei, fand bei einem andern Patienten insoweit eine affirmative Erle-

digung, als derselbe Abscesse am Halse von ganz derselben Inhaltsbeschaffenheit darbot, ausgehend von cariösen Backzähnen des Unterkiefers. In einem dritten Fall gelang der directe Nachweis, dass im Wurzelcanal eines extrahirten cariösen Zahnes pflanzliche Elemente derselben Natur vorhanden waren, wie in einem von diesem ausgehenden subperiostalen Abscess am Unterkieferrande. In dem Eiter des letzteren fanden sich viele dicht neben einander liegende Bläschen von 0,1—1,1 mm Durchmesser suspendirt, welche unter dem Druck des Deckgläschens einen Inhalt von feinsten, blassen Körnchen mit gliaartiger Bindesubstanz frei werden liessen. Ferner hat Verf. in vielen Fällen von Abscessen, die von cariösen Zähnen ausgingen, dieselben bekannten Pilzelemente gefunden, wie sie in cariösen Zähnen gewöhnlich vorkommen.

Endlich theilt I. einen Fall mit, den B. von Langenbeck im Jahre 1845 beobachtet und den Verf. bei dieser Gelegenheit zur Publication gelangen lässt. Es handelte sich hier um Wirbelcaries mit Senkungsabscessen, in denen sich Pilzgebilde von evident derselben Beschaffenheit vorfanden, wie in den von I. mitgetheilten Befunden. **Lassar** (Berlin).

C. Hueter. Klinik der Gelenkkrankheiten mit Einschluss der Orthopädie.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1878.

Die vorliegende 2. Auflage der »Klinik der Gelenkkrankheiten« von H. unterscheidet sich von der ersten besonders dadurch, dass H. die Gelenkkrankheiten des Rumpfes und Kopfes mit Einschluss der orthopädischen Krankheiten der Wirbelsäule in einer Schlusslieferung dem früheren Umfang des Werkes hinzugefügt hat. In der Form und Anordnung des Ganzen ist H. den in seiner ersten Auflage befolgten Grundsätzen treu geblieben. Aber der frühere Text der beiden ersten Theile des Buches ist mit Sorgfalt revidirt, ganz besonders ist die Journalliteratur bis in die jüngste Zeit sehr fleissig berücksichtigt. Neu, wie gesagt, sind die Gelenkkrankheiten des Kopfes und Rumpfes. Während H. den Gelenkkrankheiten des Beckens und Schultergürtels, sowie auch des Kiefergelenks, entsprechend ihrer geringeren Bedeutung und ihres selteneren Vorkommens, nur einen kurzen Raum gewährt, legt er den Schwerpunkt in die Darstellung der chirurgischen Krankheiten der Wirbelsäule.

Es kann hier nicht der Ort sein, über den Inhalt dieses neuen dritten Theiles der »Klinik der Gelenkkrankheiten« ausführlich zu berichten, das Pro et contra dieser oder jener etwa abweichenden Ansicht H.'s abzuwägen. Nur einen Punkt möchte Ref. kurz hervorheben. Bei der Darstellung der Krankheiten der Wirbelsäule ist H. direct in das Gebiet der praktischen Orthopädie eingetreten und zwar mit dem klar ausgesprochenen, durchaus gerechtfertigten Wunsche,

dass die orthopädische Praxis in Zukunft mehr Allgemeingut der Aerzte werde, als es bisher der Fall war, wo sie vorzugsweise nur von sogenannten specialistischen Orthopäden betrieben wurde. Wenn man bedenkt, wieviel eine rationelle Behandlung der Anfangsstadien der Skoliose und Kyphose zu leisten vermag und wie schwer die Folgen sind, welche aus einer Versäumniss einer zweckmässigen Therapie resultiren, so muss man den Bemühungen H.'s die allseitigste Beachtung wünschen und so hoffen wir, dass das Buch in seiner neuen Form gerade mit Rücksicht auf das eben Gesagte den grösstmöglichsten Leserkreis unter den prakticirenden Aerzten gewinne.

Im Uebrigen sind die Verdienste H.'s um die Pathologie der Gelenke so zweifellos, ist der Werth der 1. Aufl. seiner »Klinik der Gelenkkrankheiten« so allseitig bekannt, dass es nicht nöthig ist, hierüber irgend welche Worte der Empfehlung zu sagen.

H. Tillmanns (Leipzig).

V. Zehender. Ueber Transplantation grosser, völlig getrennter Hautstücke.

(VI. Congress der deutschen Gesellschaft für Chir.)

Pat., ein 5jähriger Knabe mit vielfachen skrophulösen Affectionen, hatte in Folge von Caries der Orbitaldächer hochgradiges Ektropium beider oberen Augenlider bekommen. Vor 3 Wochen etwa hat Z. das Ektropium rechts so operirt, dass er den nach der Reposition entstehenden Hautdefect durch ein einziges 6 cm langes und 3 cm breites Hautstück deckte, das er dem Oberarm des Knaben entnommen hatte.

Während es sonst als Regel gilt, dass zu transplantirende Hautstückchen nicht grösser als 1 qcm sein dürften, ist hier ein Stück von 18 qcm vollständig aufgeheilt worden. Der Erfolg ist wesentlich auf die Art der Präparation des Läppchens zu beziehen; es wurden von demselben alle Reste von Unterhautbindegewebe sorgfältig abgetragen, bis das Läppchen glatt, dünn und dehnbar wie Handschuhleder wurde. Nach der Transplantation wurde das Auge für 4 Tage mittelst einiger durch die Lidränder gelegter Catgutfäden geschlossen gehalten.

Das Verdienst, die Methode der Transplantation grosser Lappen und Präparation derselben zuerst angewandt zu haben, gebührt dem Ophthalmologen Wolfe in Glasgow.

Bei der Discussion hebt Schede hervor, dass Blepharoplastik durch Transplantation grösserer Hautstücke schon häufiger, und zwar zuerst von Franzosen (Le Fort 1869 — Ollier — Sichel) ausgeführt worden sei. Hierauf stellt Schede eine 73jährige Frau vor, bei welcher er ein seit 40 Jahren als Folge einer syphilitischen Ulceration bestehendes Ektropium des rechten oberen Lides durch Einpflanzen von 6 je 1 qcm betragenden Hautstücken in den nach Reposition des Ektropiums

entstehenden Defect geheilt hat. Die Nachbehandlung bestand einfach in Anlegung eines leicht comprimirenden Salicylwatteverbandes. Der Erfolg ist ein vollständiger.

Z. legt darauf Gewicht, dass in seinem Fall der Defect durch ein einziges Hautstück, und nicht durch eine Anzahl kleinerer gedeckt sei. Er bezeichne Wolfe als Begründer der Methode, weil dieser zuerst auf die Wichtigkeit sorgfältiger Lappenpräparation hingewiesen habe. **A. Genzmer** (Halle a/S.).

Mraček. Aus der Klinik des Prof. v. Sigmund. Vorläufige Mittheilung über die mit Jodoform behandelten syphilitischen Krankheitsformen.

(Wiener med. Wochenschrift 1878, No. 27.)

Verf. wendet bei Ulcus diphtheriticum contagiosum, bei Sclerosen, bei Adenitis, bei Rhagaden ad anum, Gumma und Epididymitis Jodoform an, und zwar als flüssiges Mittel (Jodoformi, spir. vini ana 1, Glycerini 5), als Salbe (Jodf. 1, Ungt. Vaselini 5), Jodoformcollodium (1 : 10 oder 1 : 15) und Streupulver (Jodf. 1 auf 3—4 Sacch. alb.). Nach dem Aufbringen des Mittels wird die Wunde mit Wattebäuschchen überdeckt und mit Heftpflaster ein Occlusionsverband darüber gelegt, der 12—24 Stunden liegen bleibt. Es folgt ein 3—4 Minuten dauerndes Brennen, die Wunde reinigt sich in 24—48 Stunden, nach 3—4 Tagen folgt lebhafte Granulation und nach 4—6 Tagen Beginn einer auffälligen Bildung eines epithelialen Saumes.

v. Mosengeil (Bonn).

Landois. Beiträge zur Transfusion des Blutes.

(Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. IX. p. 457.)

Nach einem interessanten, auf Grundlage eingehender Studien ausgearbeiteten, historischen Ueberblicke über die Transfusion vor Entdeckung des Blutkreislaufes geht Verf. auf die Schilderung seiner Transfusionsversuche zwischen Thieren desselben Genus ein. — Daraus sei blos das Wichtigste hervorgehoben. 5 Kaninchen erhielten defibrinirtes Hasenblut; bei dreien blieb der Urin normal, bei zweien enthielt er wenig Eiweiss und Harncylinder. — Transfundirtes Hundeblut löst sich nur ganz allmälig in der Blutbahn des Fuchses auf; Eiweiss erscheint im Harn erst dann, wenn der 3. Theil der ganzen Hundeblutmenge transfundirt wurde. — Es resultirte aus diesen und ähnlichen Versuchen: Je näher zwei Thiere in ihrer Organisation und Lebensweise zu einander stehen, um so länger erhält sich das transfundirte Blut des einen in der Blutbahn des anderen Thieres. —

Die Ueberleitung des Blutes von einer Arterie aus erscheint zweckmässiger als von einer Vene. —

Statt der centrifugalen arteriellen Transfusion empfiehlt L. nach Thierversuchen die centripetale, weil dadurch die Druck-

differenz im arteriellen und venösen Gefässgebiete mehr als bei den anderen Methoden gesteigert wird. Wenn zur Transfusion die Art. rad. gewählt wird, so comprimire man, um die Druckdifferenz noch zu steigern, während des Einspritzens die Art. femoralis. —

Die Harnstoffmenge ist nach der Transfusion vermehrt; allein die Zunahme entspricht nicht der Eiweissmenge des übertragenen Blutes, sondern nur einem Theile desselben. —

Wenn statt einer Bluttransfusion Blutserum subcutan injicirt wird, so ist die ausgeschiedene Harnstoffmenge beträchtlich grösser. —

Wenn statt einer Bluttransfusion die gleiche Blutmenge verfüttert wird, so ist die Harnstoffmenge gleichfalls grösser; dennoch ist der Eiweissumsatz nach der Transfusion immer noch bedeutender, als wenn das Versuchsthier hungerte. —

Es weist dies im Allgemeinen darauf hin, dass nach der Transfusion eine beträchtliche Decomposition der im Plasma enthaltenen Nhaltigen Bestandtheile stattfindet. —

Die starken, capillären Blutungen, welche nach Transfusion von heterogenem Blute in Wunden entstehen, erklärt L. in der Weise, dass durch das Auftreten grösserer Mengen gelösten Hämoglobins in den Capillaren Embolien entstehen, und dadurch starke collaterale Fluxion; anderseits wird durch die Transfusion das vasomotorische Centrum stark erregt, wodurch es zu einer Steigerung des gesammten, arteriellen Blutdruckes kommt. —

Wölfler (Wien).

Bartholomew's Hospital. Bericht für 1877.

(Barthol. hosp. reports 1878.)

In diesem Londoner Hospitale wurden im Jahre 1877 3127 äussere Kranke behandelt, darunter 1924 Männer und 1203 Weiber. Entlassen wurden: geheilt oder gebessert 1568 Männer und 1003 Weiber; ungebessert 83 Männer und 56 Weiber; es starben 109 Männer und 50 Weiber.

Von grösseren Operationen wurden verrichtet: Unterbindung grosser Gefässe 3 (1 †); Resectionen im Kniegelenke 2 (1 †), im Ellenbogengelenke 4 (1 †); Sequestrotomien 20; Amputationen und Exarticulationen nach Traumen primär 10 (3 †), secund. 5 (1 †), wegen Erkrankung der Theile 25 (6 †); Exstirpation von Carcinom 45 (1 †), von Adenom 8 und von anderen Tumoren 87; Entfernung von Steinen durch Lithotripsie 4 (1 †), durch Lithotomie 5; durch die Harnröhre 1, aus der Niere 1; Colotomie 3 (3 †), Gastrotomie 1 †; Bauchschnitt 1 †. Von 5 Ovariotomien wurden 2 nicht vollendet (2 †), eine starb; einmal wurde ein Explorativschnitt gemacht. Die Herniotomien betrafen 10 Leistenbrüche und zwar mit Eröffnung des Bruchsacks 7 (1 †), ohne Eröffnung desselben 3 (1 †); 14 Schenkelbrüche (darunter 4 Männer, 3 †) und zwar mit Eröffnung des Sackes 13; Tracheotomien 5 (1 †); Uranoplastiken 13; Ectopia vesicae 2 (1 †); Entfernung lose

Knorpel aus dem Kniegelenke 2; Nervendehnungen 2 (1 †); Trepanationen 4 (3 †).

Von 458 Knochenbrüchen starben 41, darunter waren 61 complicirte mit 25 Todesfällen.

Von accidentellen Wundkrankheiten wurden beobachtet:

	aufgenommen	im Spitale entstanden	nach Operationen
Erysipelas	29 (1 †)	15 (3 †)	12 (1 †)
Phlegmonen	36 (5 †)	8 (1 †)	4 (2 †)
diffuse Zellgewebsentzündung	5 (1 †)	—	—
Pyämie und Septikämie	6 (4 †)	3 (2 †)	2 (2 †)
Hospitalbrand	4 —	—	—

Die beobachteten Fälle von Aneurysmen betrafen 1 Aneur. subclav., bei welchem nach vergeblichen Encheiresen die Exarticulation des Armes nutzlos versucht wurde. Von 6 Aneur. popl. wurden 5 durch Digitalcompression geheilt, im 6. Falle wurde die Femor. unterbunden, später entstand ein Aneur. in der Leistengegend und es wurde die Femor. noch einmal unter diesem Aneur. fem. unterbunden. Kurz erwähnt sei folgender Fall:

Ein Eisenbahnbeamter wurde von einer Maschine gegen die Brust getroffen und starb 2 Stunden nach dem Unfall. Die Haut der Brust trug keine Spur von Verletzung, die Knochen des Thorax waren unverletzt. Herz und grosse Gefässe gesund; die Aorta zwischen Innominata und Carot. sin. war bis auf 2‴ an der Concavität des Bogens durchtrennt; das Blut hatte die fibröse Adventitia der Aorta im Thorax und an den grossen Halsgefässen abgehoben. **Pilz** (Stettin).

C. Giacomini. Topografia della Scissura Rolandi.

(Sitzungsbericht der Turiner Academ. d. med. Wiss. 1878. Juli 12 u. 19.)

Bei der Wichtigkeit der Gehirn-Localisation sucht G. nach einem sichern Verfahren, am unverletzten Kopfe die Lage der Sciss. Rolandi zu bestimmen, als Centrum des motorischen Gebietes der Hirnrinde, und als erste Etappe zu weiteren topographischen Erhebungen. Von der Zuhülfenahme der Nähte sieht G. ganz ab, da ihre Bestimmung bei unverletzter Haut zu unsicher sei. G. geht vom maximalen transversalen Schädeldurchmesser aus; ist dieser bestimmt (mittelst Tastercirkel), so werden dessen Enden durch eine Linie verbunden, die transversal über den Scheitel geht, in den verlängerten Schenkeln parallel der Längsaxe. Diese Linie wird unter einem Winkel von 30—35° von einer von der Schläfe schief nach hinten aufsteigenden Linie geschnitten und zwar eben in den Endpunkten des oben genannten Durchmessers. Dies ist G.'s Linea Rolandica; sie entspricht ziemlich genau der Sc. Rolandi, wie G. durch Zeichnungen von Präparaten nachweist. Ein schiefes Cartonkreuz mit dem angegebenen Winkel erleichtert die Bestimmung. G. controlirt dies Verfahren durch die Eintreibung von Pflöcken in das Hirn; er findet ferner, dass durch die Verschiedenheit der Schädelformation die Mes-

sung nur unerhebliche Modificationen erleidet. — Ueber die Einzelheiten des Verfahrens, sowie über die topographischen Bemerkungen, über die Beziehungen der Sc. Rol. zu den Grosshirncentren siehe das Original. — Ebenso über die von G. angewandte Erhärtungsmethode des Hirns siehe den Sitzungsbericht vom 7. Juni a. c.

Escher (Triest).

Subcutaneous extra-articular osteotomy of the condylus in knock and bow knees. — Clinical society of London.

(Medical times and gazette 1878. November 16.)

Reeves präcisirt seine Erfahrungen über Osteotomie bei Genu valgum und varum (23 Operationen) dahin, dass seine Methode, die einfach in der subcutanen Einmeisselung des Condylus besteht (cfr. Centralblatt für Chirurgie 1878. No. 47), der Operation nach Ogston oder der Trennung des Schaftes von Femur, Tibia und Fibula vorzuziehen sei; sie sei ungefährlicher und leichter auszuführen; passive Bewegungen können früher begonnen werden; Ausbleiben der Vereinigung oder Nekrose ist nicht zu fürchten; das Kniegelenk wird nicht verletzt und damit würden alle die üblen Zufälle, die nach Ogston's Operation eintreten können, vermieden; die Epiphyse endlich wird weniger beschädigt und die Heilungsdauer ist ein kürzere.

Clement Lucas hat bei Ogston's Operation niemals üble Zufälle gesehen und glaubt, dass Reeve's Methode das Kniegelenk wohl kaum jemals uneröffnet lassen würde.

Howse, der 7 Mal nach Ogston operirte, hat ebenfalls niemals etwas Uebles erlebt; er gebraucht die Methode nur bei hochgradiger Deformität und glaubt, dass bei der Operation mit dem Meissel nach Reeves leicht Nekrose der Knochen eintreten könne.

Parker stellt ein 4jähriges Kind vor, dem er in einem Zwischenraum von einer Woche wegen hochgradigem Genu valgum (Distanz der inneren Knöchel 12 Zoll) beide Oberschenkel durchgemeisselt hatte. Consolidation nach drei Wochen; die inneren Knöchel konnten ohne Beschwerde zusammengebracht werden und das Kind ging, was vorher unmöglich war. Ein zweiter nach Reeves operirter Knabe konnte schon nach acht Tagen das Kniegelenk etwas beugen, was P. für einen Beweis hält, dass das Gelenk nicht eröffnet wurde; im Laufe der nächsten Woche berührte er mit der Ferse das Tuber ischii, nach drei Wochen ging er umher. P. zieht Reeves' Methode allen andern vor, weil sie ungefährlicher und schneller zum Ziele führt, hat übrigens in den letzten Fällen auch unter antiseptischen Cautelen operirt.

Barwell zieht die Durchtrennung von Femur, Tibia und Fibula vor, die zwar eine längere Heilungsdauer erfordere, aber bessere Resultate gäbe und unter antiseptischen Cautelen ungefährlich sei. Ogston's Operation gäbe in manchen Fällen schlechte Resultate.

Adams und Golden Bird haben glücklich nach Ogston operirt und glauben auch, dass durch Reeves' Methode das Gelenk eröffnet werde.

Callender hat Ogston's Operation 5 Mal glücklich ausgeführt, macht sie aber nie bei jungen Kindern.

H. Wildt (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

Weil. Mittheilungen von der II. chirurgischen Klinik.

(Prager med. Wochenschrift 1878. No. 43.)

I. Verjauchte Ovariencyste, Excision, Heilung.

Die 39jährige Pat., die 4 Mal normal geboren hatte, bemerkte seit $3^1/_2$ Jahren eine langsam wachsende Geschwulst in der linken Unterbauchgegend, die in dem letzten Jahre sehr rasch unter heftigen Beschwerden sich vergrösserte. Bei der Aufnahme in die gynäkologische Klinik war der Unterleib mächtig ausgedehnt, und die vorgenommene Punction lieferte 20,700 ccm einer aashaft riechenden schaumigen dunkelbraunen Flüssigkeit, die viel Cholestearin und Detritus enthielt. Die nun erst mögliche genaue Untersuchung liess eine rechtsseitige Ovariencyste erkennen. Die Cyste füllte sich rasch wieder unter bedeutender Gasentwicklung und machte eine 2. Punction mit demselben Resultate nöthig. Nachdem durch fortgesetzte Carbolausspritzungen die Secretion der offen gehaltenen Cyste gutartiger geworden war, wurde die Ovariotomie mit günstigem Erfolge gemacht.

Der Fall ist besonders deshalb von Interesse, da der Cysteninhalt spontan ohne vorhergegangene Punction zur Verjauchung gekommen war.

II. Radicaloperation einer kindskopfgrossen freien rechtsseitigen Leistenhernie. Heilung.

Der Bruchsack wurde unter Spray durch einen 7 cm langen Schnitt blossgelegt, hierauf stumpf in der Gegend seines Halses aus der Umgebung ausgelöst und dann nach Reposition des Inhaltes ein starker carbolisirter Seidenfaden um den Bruchsackhals geschnürt. Nach Vernähung der Leistenpfeiler wurde der Bruchsack eröffnet, mit Carbolsäure ausgewaschen und der obere von der Umgebung abgelöste Theil durch 5 Knopfnähte an die Scrotalhaut angenäht, und hierauf die ganze Wunde vereinigt und 2 kurze Drainröhren eingelegt. Der Kranke war nach 4 Wochen geheilt. **Urlichs** (Würzburg).

Nicoladoni. Demonstration eines Mädchens, welches an Ossification des gesammten Muskelapparates leidet. (K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien.)

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 21.)

Die Pat. ist 7 Jahre alt, die Krankheitserscheinungen datiren seit dem ersten Lebensjahre, begannen in der Halsmuskulatur und gingen auf die des Rückens über. Zwei harte Leisten entsprechen dem M. sacro-lumbalis. Durch Verknöcherung der Muskulatur des Schulterblattes ist die Scapula am Thorax fixirt. Im oberen Theile des Biceps brachii und des Sternocleidomastoideus zeigen sich eingesprengte Knochenplättchen. Aehnliches findet sich in fast allen Muskeln.

v. Mosengeil (Bonn).

Sutcliffe. Case of severe copaiva-eruption.

(Med. times and gaz. 1878. September 21.)

Ein 23jähriger Mann zeigte über den ganzen Körper verbreitet, namentlich an den Beinen ein Exanthem, das aus dunkelrothen, leicht erhabenen, an einzelnen Stellen papulösen Flecken bestand; Rachenschleimhaut geröthet, Allgemeinbefinden gut. Das Exanthem bestand seit 24 Stunden und war unter Schmerzen im Rücken zuerst an den Schenkeln aufgetreten und hatte sich von da aus rapid über den

ganzen Körper verbreitet. Geringes Fieber. — Pat. hatte an den beiden vorhergehenden Tagen eine Unze Copaivbalsam wegen einer Gonorrhoe eingenommen. Nach 4 Tagen war das Exanthem verschwunden. **H. Wildt** (Berlin).

v. Langenbeck. Vorstellung eines Kranken mit geheilter Hydrorhachis.

(VI. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

v. L. stellt einen Kranken vor, der mit einer kirschengrossen Geschwulst mitten auf dem Kreuzbein geboren war. Dieselbe wuchs allmälig zu mehr als Hühnereigrösse, verkleinerte sich einmal im 6. Jahre nach einem Fall, erreichte dann aber schnell Kindskopfgrösse. Ein zweiter Fall bewirkte von Neuem subcutanes Platzen der Geschwulst und Austreten von Inhalt unter die linke Hinterbacke. — Es bestand schliesslich eine mannsfaustgrosse Geschwulst am Kreuzbein, durch einen wurstförmigen Fortsatz mit einem 2. gänseeigrossen Tumor unter der linken Gesässmuskulatur zusammenhängend. Flüssiger Inhalt lässt sich hinüber und herüberdrücken; ein Spalt im Kreuzbein ist nicht nachweisbar.

Jodpinselungen hatten gar keinen Erfolg, Punction nur einen vorübergehenden.

Hierauf wurden im Laufe von 9 Monaten 13 Injectionen von je etwa 16 g durch Zusatz von Lugol'scher Lösung schwach gelblich gefärbten Wassers gemacht; der Tumor schrumpfte mehr und mehr. Man fühlt jetzt unter narbiger, dem Kreuzbein fest anliegender Haut eine leichte Depression im Knochen.

In gleicher Weise wurden im Laufe des Jahres 1874 zwei analoge Fälle behandelt und geheilt. —

Esmarch bekam, wie er im Anschluss hieran mittheilt, im letzten Jahre einen 7 Wochen alten Knaben mit flachrunder fluctuirender, 6,5 cm im Durchmesser, 2,5 cm in der Höhe betragenden Anschwellung in der unteren Rückengegend in Behandlung. Der flüssige Inhalt liess sich durch Druck in den gespaltenen Wirbelcanal zurückdrängen, wobei die grosse Fontanelle sehr gespannt, das Kind sehr unruhig wurde. Da die bedeckende Haut dünn war und spontaner Aufbruch drohte, wurde durch Punction ein Löffel klarer Flüssigkeit entleert, und ebensoviel einer starken Lugol'schen Lösung injicirt, nach einigen Tagen wurde die Procedur wiederholt und das Kind fortgeschickt. Ein halbes Jahr darauf zeigte sich der Sack stark geschrumpft und ganz flach; der Tumor bestand nur noch aus derb fibrösem Gewebe. **A. Genzmer** (Halle a/S.).

Mac Ewen. Carotid aneurysm; ligature of common carotid with chromic acid catgut; recovery.

(Brit. med. Journ. 1878. Vol. II. p. 359.)

Ein 45jähriger Mann, vor 13 Jahren syphilitisch inficirt, hatte seit 8 Monaten gelegentlich Halsschmerzen, Schlingbeschwerden, Schmerzen im rechten Ohre und Vorderkopfe. Seit 7 Wochen trat Anschwellung der linken Halsseite ein, welche in den letzten 2 Wochen schnell zunahm. Jetzt liegt im trigon. cervical. sup. ein im Querdurchmesser $2^1/_2''$ grosses Aneurysma, wahrscheinlich der Theilungsstelle der Carotis angehörend. Die unter antiseptischen Cautelen ausgeführte Ligatur der Carot. com. hob für immer die Pulsation auf. Bei der Entlassung fand sich nur eine geringe Verdickung an der früheren Stelle des Aneurysma vor. Das zur Ligatur verwandte Catgut war in einer Lösung von Chromsäure und Glycerin (Verhältnisse nicht angegeben) bereitet; dasselbe von dunkler Farbe, war trotz seiner Festigkeit geschmeidig und weich und hat die Eigenschaft, weniger als ein gewächster Faden zu gleiten. Zu Suturen und Drains gebraucht, hielt es sich bis 4 Wochen unverändert in den Geweben, zwischen der 4.—6. Woche beginnt es weiss zu werden und sich aufzulösen. **Pilz** (Stettin).

de Saint-Germain. Rapport sur une observation relative à un cas de trachéotomie par le thermo-cautère.

(Bullet. de la Soc. de Chirurgie de Paris Tome III. No. 9. Séance du 14. Nov.)

S.-G. berichtet der Gesellschaft über eine von Krishaber mit dem Thermokauter an einem 58jährigen Manne, dessen Larynx durch Vegetationen ganz aus-

gefüllt war, unter den denkbar günstigsten Umständen ausgeführte Tracheotomie. — Pat. bot einen sehr langen, mageren, absolut fettlosen Hals, so dass der Kehlkopf stark vorsprang und selbst ein Theil der Luftröhre deutlich zu sehen war. Krishaber ging nicht schneidend vor, sondern indem er ganz kurz, dicht nebeneinander punctirte; eine arterielle Blutung trat aus zwei nicht unbedeutenden Gefässen ein, die Krishaber gar nicht mit dem Thermokauter zu stillen suchte, sondern mit Pincetten comprimirte. Die Trachea wurde mit dem Bistouri eröffnet. Schluss der Wunde nach 14 Tagen.'

S.-G. sowie die ganze Commission war von der Operation nicht befriedigt.

Boeters (Berlin).

v. Langenbeck. Vorstellung eines Falles von Oesophagotomie.

(VI. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

Die 27jährige Pat. hatte im October 1876 in einem epileptischen Anfall ein Oberkiefergebiss verschluckt, heftige Erstickungserscheinungen schwanden, nach übrigens vergeblichen Versuchen, das Gebiss in den Magen hinabzustossen. Am 5. Tage wurde Pat. in die chirurgische Klinik aufgenommen; sie hatte nur mühsam kleine Mengen Wasser schlucken können. Gesichtsausdruck ruhig, Respiration frei, Hals in der Schilddrüsengegend leicht geschwollen; durch Palpation ist nichts nachweisbar. Eine in den Schlund geführte Metallsonde stösst in der Gegend des Ringknorpels mit hörbarem Klang auf einen festen Körper. Einen Münzenfänger hinter den Fremdkörper zu bringen, gelingt nicht, die eingeführte Schlundzange gleitet von glatten Vorsprüngen (den Emailzähnen) ab. Oesophagotomie. Hautschnitt vom oberen Rande des Schildknorpels bis 3 cm oberhalb des Jugulum. Nachdem der Kopfnicker nach Aussen gezogen, wobei die Carotis sichtbar wird, wird mit vieler Mühe die entzündete und mit den Nachbartheilen verlöthete Schilddrüse losgelöst und auf einer bis zum Fremdkörper eingeführten Metallsonde der Oesophagus incidirt. Das Gebiss ist nun wohl leicht zu fühlen, aber in die entzündlich geschwellte Schleimhaut so fest eingekeilt, dass die Extraction erst gelingt, nachdem es allmälig mittels eines spitzigen Elevatoriums losgehebelt worden.

Es wird ein Drain eingeführt und die Wunde mit Carbolumschlag verbunden. Pat. wird nur 3 Tage mit dem Schlundrohr ernährt, dann schluckt sie selbst, indem sie sich die Wunde von Aussen her leicht comprimirt. Die Heilung erfolgte schnell und fast fieberlos; irgend welche Unbequemlichkeit ist nach der Operation nicht zurückgeblieben. v. L. ist der Ansicht, dass in allen Fällen, in denen es nicht gelingt, Fremdkörper aus dem Oesophagus zu extrahiren, die man nicht hinunterstossen darf, sofort die Oesophagotomie zu machen ist, ehe Brand der Schleimhaut eintritt. Als Verletzung kommt die Operation gar nicht in Betracht; üble Folgen sind meist nur eingetreten, wenn man sich zu spät zur Operation entschloss, nachdem schon Gangrän eingetreten.

A. Genzmer (Halle a/S.).

Puzey. Ruptured pericardium; fractured pelvis and ruptured urethra.

(The Lancet 1878. Vol. II. p. 331.)

Einem 48jährigen Manne fiel ein Sack mit Baumwolle auf den Rücken; er brach zusammen. Beide oss. pub. waren gebrochen und die Harnröhre zerrissen. Pat. überstand eine leichte Lungenentzündung, bekam am 26. Tage eine Pleuritis und Pericarditis, die nach zwei Tagen tödtlich endeten. Section: Frische beidseitige Pleuritis, Pericardium im linken Theil in seiner ganzen Länge durchrissen und zurückgeschlagen, die linke Lunge an der Rissstelle angelöthet, hatte hier das Pericard ersetzt. Die durch sehr mächtigen Callus verheilten oss. pub. zeigten jederseits drei Bruchlinien, von denen die eine in die linke Hüftbeinpfanne hineinreichte.

Pilz (Stettin).

Mc Millan. Case of large polypus of the Uterus.

(The Chicag. med. Journ. and Examin. 1878. Juli.)

Kindskopfgrosser, birnenförmiger Polyp, welcher an einem handgelenkdicken Stiel aus dem Uterus hervorhängend, vor den äussern Genitalien einer 45jährigen

Multipara liegend gefunden wird. Heftige wehenartige Schmerzen, sowie drohender Collaps indiciren die operative Entfernung des Tumors. Zunächst Abtrennung der Geschwulst vom Stiel, und sodann Herausdrehen des letzteren aus der Uterushöhle. Starker Blutverlust, sowie theilweise Inversion der Gebärmutter. Shoc, Tod nach wenigen Stunden. Gesammtlänge der Geschwulst betrug 20 cm, der Durchmesser des Stiels 9 cm. Das Gewicht war 3 Pfund. Mikroskopische Untersuchungsangaben fehlen. **Langenbuch** (Berlin).

Doutrelepont. Fall von Radicalheilung einer reponiblen, durch Bruchband nicht zurückzuhaltenden Inguinalhernie.

(Sitzungsberichte der niederrh. Gesellschaft med. Section. 1878.)

Ein 22jähriger Fabrikarbeiter hatte eine über gänseeidicke rechtsseitige Hernie der genannten Art. Er war durch sein Leiden arbeitsunfähig. Abführmittel, horizontale Lagerung, während längerer Zeit gebraucht, vermochten nichts am Zustande zu bessern. — Operation. — Der Bruchsack war auf der hinteren und unteren Seite sehr fest mit dem Samenstrang und den Häuten des Hodens verwachsen. Der Bruchsackhals liess sich jedoch an der Bruchpforte ganz lösen. Nach Reposition des Bruchinhaltes wurde um den soweit als möglich aus dem Inguinalcanal hervorgezogenen Bruchsackhals ein dicker Catgutfaden geschlungen. Dann Spaltung des Bruchsackes und Exstirpation desselben, soweit er nicht fest verwachsen war. Heilung unter Lister'schem Verband. Höchste Temperatur am Abend des zweiten Tages 38,8° C. Nach 24 Tagen konnte ein Bruchband angelegt werden. Bei Vorstellung des Pat. war auf der operirten Seite der Anprall der Därme beim Husten geringer, als auf der gesunden Seite. **Madelung** (Bonn).

A. Patterson. A case of recurring popliteal aneurism.

(The Glasgow med. Journ. 1878. Vol. X. No. 2. Februar.)

Bei einem 30jährigen etwas schwächlichen Manne war ohne bekannte Veranlassung ein Aneurysma in der linken Kniekehle entstanden, welches, als Pat. in Behandlung kam, etwa die Grösse einer kleinen Orange erreicht hatte und breiter als hoch war. Der Umfang des afficirten Kniees war 1 Zoll grösser, als der des rechten. Am 14. August wird 11stündige Digitalcompression der Femoralis ausgeführt, während Nachts das Kniegelenk durch Bandagen in starker Flexion steht.

Am 15. August 10stündige Compression; bis zum 18. August Flexionsstellung, dann bis zum 23. August Anwendung von Carte's Compressorium. Da dieses keinen Einfluss auf das Aneurysma hatte, so wurde am 30. August die Arteria femoralis im Scarpa'schen Winkel antiseptisch unterbunden. Darauf hörte die Pulsation auf und der Sack verkleinerte sich. Doch schon 14 Tage später war wiederum vollständige Pulsation im Aneurysma vorhanden; es wurde die Arterie zum zweiten Male unterbunden und zwar in »Hunter's Canal«. Jetzt erfolgte definitive Heilung.

Patterson glaubt, dass der Erfolg das erste Mal deshalb ausgeblieben sei, weil durch die vorhergehende Digitalcompression die collateralen Arterien sich zu gut hätten ausdehnen können. **A. Bidder** (Mannheim).

J. Barron. Case of consecutive excision of both knee-joints for disease; recovery.

(The Lancet 1878. Vol. II. p. 324.)

Wegen chronischer Kniegelenksentzündung resecirte B. bei dem 45jährigen Manne beide Kniegelenke. 87 Tage nach der ersten Operation war knöcherne Verheilung eingetreten; 25 Tage später operirte B. am andern Knie, bei dem nach 100 Tagen knöcherne Vereinigung erreicht wurde. Die Synovialkapsel war »gelatinös« entartet, die Knorpel an Condyl. int. tibiae und fem. waren zerstört, die Tibiae nach hinten partiell luxirt. Bei der Operation war von der Gelenkkapsel soviel wie möglich entfernt worden. Pat. stand an der Grenze des Lebensalters, in welchem die Operation zulässig ist. Swaine sagt, dass er ungern nach dem 40. Jahre reseciren würde, denn unter 104 zusammengestellten Fällen befanden sich nur 5 im Alter über 40 Jahren und von diesen starben zwei. **Pils** (Stettin).

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Hierzu **Titel** und **Register** für Jahrgang 1878.

